

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE 158
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marc AMEIL

Né le 24 Janvier 1930, à Bellerive-sur-Allier (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} mars 1957

**ETUDE DE QUELQUES ECHECS
DANS LE TRAITEMENT
DES ALCOOLIQUES CHRONIQUES**

Président : M. HEUYER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marc AMEIL

Né le 24 Janvier 1930, à Bellerive-sur-Allier (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} mars 1957

**ETUDE DE QUELQUES ECHECS
DANS LE TRAITEMENT
DES ALCOOLIQUES CHRONIQUES**

Président : M. HEUYER, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Broussais DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIETY
	Bichat JUSTIN-BESANÇON
	Cochin MOREAU (R.)
	Broussais DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUÉJOUL (P.)
	Baudelocque VARANGOT
	Port-Royal LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FÉY (B.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	SICARD
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	BARIÉTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER CABROL	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) LELORIER ROBEY
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSER (F.) GOLYGOU (Ch.)	Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.) BRÉGEAT
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) CHRISTOL	Orthopédie	JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA DESGREZ (P.)	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) BRUMPT (L.) ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J.-M.) BARCAT CAUCHOIX DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN MATHEY THOMERET
Dermato- syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	{
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> COUJARD		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	BASTIN		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY	Pathologie expérimentale	{ MAURICE LOEPER (J.) BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE	Pathologie médicale	{
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection.

A MES FRÈRES ET SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES HEUYER

Professeur de Clinique Psychiatrique Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre jury de thèse.*

*Nous lui en exprimons toute notre res-
pectueuse gratitude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANDIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Secrétaire Général Adjoint de la Fédération des Sociétés de Croix Marine

Qui a inspiré et guidé cette thèse.

En témoignage de notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MADAME LA DIRECTRICE

de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Marie-de-l'Assomption de Clermont-Ferrand

Qui nous a largement ouvert les portes de son établissement et a permis ainsi la réalisation de ce travail.

A MES MAITRES

MADemoiselle LE Docteur POCHARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

MONSIEUR LE Docteur DOUSSINET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Secrétaire Général de la Fédération des Sociétés de Croix Marine

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR POMMÉ

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE Docteur RENARD

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE Docteur MATHIEU

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD-GRIFFITHS

Médecin des Hôpitaux

A TOUS MES CAMARADES D'EXTERNAT

INTRODUCTION

L'apparition dans la pharmacopée moderne de médicaments entraînant un dégoût plus ou moins prolongé pour les boissons alcoolisées, a suscité de grands espoirs pour le traitement du fléau national que constitue l'alcoolisme chronique.

Des publications très nombreuses rendent compte des succès et plus rarement des échecs, obtenus grâce à cette nouvelle méthode de traitement. Dans le service homme de l'Hôpital Psychiatrique de Clermont-Ferrand, où nous recevons des alcooliques de toute provenance, nous avons été frappés de constater que le plus grand nombre de nos malades avait déjà reçu une ou plusieurs cures de désintoxication alcoolique. Cette constatation nous a amené à rechercher quelles étaient les causes de l'échec de ces désintoxications antérieures. En étudiant attentivement ces malades, nous nous sommes rendu compte qu'en fait, le traitement de l'alcoolisme chronique est très complexe et que le problème de la désintoxication ne peut pas recevoir de solution univoque ; seule, une étude approfondie de chaque alcoolique chronique permet de retrouver une ou plusieurs causes à l'intoxication éthylique, de mettre en évidence le problème particulier posé par le malade et d'envisager les solutions propres à résoudre ce problème.

Nous avons donc essayé, à propos de l'observation de 25 malades, de dégager les raisons des nombreux échecs enregistrés dans leur désintoxication, les causes profondes de leur intoxication, pour bien montrer l'extrême complexité des problèmes posés par le traitement des alcooliques chroniques.

Nous nous proposons donc de procéder à l'étude clinique des malades observés, puis de décrire en quelques lignes les thérapeutiques que nous avons utilisées. Après avoir analysé quelques publications concernant l'alcoolisme chronique, nous discuterons ensuite les problèmes posés par ces malades et, notamment, les causes des échecs fréquents rencontrés dans leur traitement. Nous tenterons enfin de tirer quelques conclusions pratiques de cette étude.

CHAPITRE I

ÉTUDE CLINIQUE

Les observations que nous rapportons concernent des malades internés d'office, pour la plupart à la suite de troubles graves de comportement et qui, dans la majorité, avaient déjà été désintoxiqués sans résultat durable.

Sur les 25 malades observés, 18 ont quitté l'hôpital depuis trois à dix-sept mois ; 7 sont encore hospitalisés.

Les observations présentées ont été groupées selon les causes générales que nous avons retrouvées à l'intoxication éthylique ou selon la similitude des problèmes que nous posait le traitement de ces malades.

Cette classification est évidemment très arbitraire puisque, ainsi que nous le montrerons, ces causés et ces problèmes sont strictement individuels, mais il nous a paru nécessaire, pour la commodité de l'exposé, de les grouper sous quelques dénominateurs communs.

Le premier groupe envisagé est celui de malades dont l'intoxication est due à l'entraînement, à la suggestibilité et à la débilité mentale. Il comprend 7 observations.

Le deuxième groupe concerne des malades présentant une « mal-évolution » de la personnalité par infantilisme affectif dû à des frustrations affectives ou à des conflits. 8 observations se rattachent à ce groupe.

Le troisième groupe est composé de malades présentant une constitution asthénique ou une constitution maniaco-dépressive. 10 malades entrent dans cette catégorie.

PRÉSENTATION DES OBSERVATIONS

A) MALADES DU GROUPE I

Il s'agit de sujets pour lesquels nous avons rattaché l'intoxication à la débilité mentale, à l'imitation et à l'entraînement.

OBSERVATION N° 1

M. C... Camille, quarante-huit ans.

Pupille de l'Assistance Publique de la Seine, il a été élevé par une nourrice jusqu'à l'âge de quatorze ans. Il a fréquenté l'école primaire jusqu'à cet âge sans obtenir le C.E.P. Il a été ensuite placé chez divers cultivateurs jusqu'à l'âge de vingt ans. A vingt ans, il part pour le réservoir militaire, mais après dix-sept jours de présence, il est réformé pour affection bronchique.

A vingt et un ans, il s'embauche dans une mine de charbon et il travaille au fond comme piqueur. Dès cette époque, il commence à boire beaucoup de vin rouge. En 1936, à vingt-huit ans, il épouse la fille de sa logeuse. De ce mariage, naîtront dix enfants, dont le dernier est né pendant l'hospitalisation du père. En 1948, accident du travail, fracture de jambe et contusions du bras ; le malade est hospitalisé dix-sept jours. Dès cette époque, le malade consomme une grande quantité de vin rouge et dès qu'il a bu, il s'en prend à sa femme, lui reprochant son infidélité.

En 1954, les scènes familiales plus nombreuses et plus violentes le font entrer en service spécialisé pour une cure de désintoxication. Revenu chez lui, il ne travaille pas à cause d'une douleur dans le genou et il recommence à boire de plus en plus. Le 17 janvier 1955, le malade présente une nouvelle crise d'excitation nécessitant l'intervention de la gendarmerie. Il est ramené en service spécialisé, en état de delirium tremens. Il y reste jusqu'au 15 février 1955, date à laquelle il est interné en placement d'office, à cause de ses troubles du comportement.

Le 15 février 1955, le malade entre dans le service. C'est un sujet frustré, sans éducation ni instruction. Il proteste avec véhémence contre son internement. Il avoue qu'il buvait deux litres de vin par jour et qu'il ne les supportait pas. Par la suite, le malade niera tout excès de boisson. Il déclare qu'il s'entendait très mal avec sa femme, car cette dernière volait, ce qui lui aurait valu de comparaître en justice. De plus, elle faisait des dettes et il ne pouvait pas les payer, car c'était sa femme qui touchait sa paye. Par la suite, nous avons vu sa femme et nous avons fait effectuer une enquête sociale. Le malade était un bourreau familial, il envoyait ses enfants acheter du vin en cachette de sa femme et il rentrait souvent à la maison en état d'excitation intense et il terrorisait toute sa famille. Ce sont ses colères qui ont poussé sa femme à le faire désintoxiquer. Tous ces faits prouvent bien la mauvaise foi du malade.

L'état général du malade est assez médiocre ; les bruits du cœur sont réguliers ; la tension artérielle est à 14-9 ; les réflexes ostéo-tendineux sont diminués, mais ils existent. Il n'y a pas de crampes musculaires ni d'atrophie nette. A son entrée dans le service, le malade ne suit pas de cure de désintoxication puisqu'il vient d'en suivre une. Un mois après son entrée, début de la cure de dégoût au Disulfiram, contrôlée par quatre « épreuves vin ». Trois semaines plus tard, on arrête le Disulfiram, car le malade est déprimé. Le lendemain, le malade très déprimé en partie parce que sa sortie a été différée, tente de se suicider en se jetant la tête contre un mur. Il a maigri, son état général est assez altéré. Il réclame sa sortie avec insistance et, avec sa mauvaise foi coutumière, nie tous ses excès antérieurs. Dans le service, son comportement est peu satisfaisant. Il a bien participé à la vie du service pendant les premiers jours de son hospitalisation, mais rapidement il refuse toute participation à un travail quelconque, soit dans le service, soit dans les ateliers médicaux. Il passe son temps à fumer, à jouer aux cartes et à faire écrire à sa femme pour lui reprocher de ne pas le faire sortir. Sa sortie doit cependant être différée en raison de son comportement familial antérieur et pour permettre de régler sa situation administrative. Finalement, le malade est mis en invalidité professionnelle ; il ne travaillera plus à la mine. Nous lui trouvons une place d'ouvrier agricole dans la région.

Après dix mois d'hospitalisation, une sortie provisoire est tentée, sous forme de placement tuteur. Le malade ne retournera chez lui que le dimanche de temps en temps. Très peu de temps après sa sortie, il a recommencé à boire comme auparavant.

En résumé, il s'agit d'un sujet débile léger, à fond paranoïaque, qui a été désintoxiqué deux fois. Il n'a jamais reconnu ses excès éthyliques et il est toujours resté inaccessible à tout raisonnement sur ce sujet. Cette nouvelle désintoxication n'a pas eu d'effet plus durable que les précédentes.

OBSERVATION N° 2

M. M... Jean-Baptiste, cinquante ans.

Ses parents, cultivateurs, sont décédés. Jusqu'à treize ans, il fréquente l'école primaire et obtient son C.E.P. Il aide ensuite ses parents dans leur exploitation. En 1926, il effectue son service militaire. A son retour, il devient ouvrier non spécialisé dans une grande usine.

En 1928, il se marie. De cette union, naîtra un fils unique qui vit actuellement avec ses parents. En 1933, au moment du décès de son père, le malade reprend la ferme de celui-ci. C'est surtout depuis la guerre que le malade boit du vin rouge en grosses quantités. Il s'entend très mal avec ses voisins qu'il accuse de faire crever ses bêtes. Ils s'insultent fréquemment. Le malade s'emporte d'ailleurs facilement et il a été condamné à quinze jours de prison pour violences.

En 1944, le malade a été hospitalisé quinze jours en service spécialisé pour une crise de foie, dira-t-il. Il semble qu'il s'agissait d'une bouffée délirante déclenchée par ses excès éthyliques. Le malade reconnaît qu'il s'était disputé avec ses voisins ; il se croyait traité de « milicien » un soir d'élections où il avait beaucoup bu. En 1951, nouvelle hospitalisation dans le même service, pour le même motif.

Le 3 mars 1955, à la suite d'une dispute entre son fils et une voisine, le malade tire un coup de fusil. La voisine prétend qu'elle était visée, le malade assure qu'il a tiré en l'air pour l'effrayer. L'enquête de gendarmerie qui en résulte montre que le malade inspirait une certaine crainte dans son village où il est considéré comme un alcoolique dangereux et peu sociable. Il est alors interné.

Le 21 mars, le malade entre dans le service. Il est bien orienté, il est calme, mais sa tenue vestimentaire est très négligée. Il parle avec beaucoup de facilité et pose souvent des questions. Son haleine est chargée de vin. Le malade reconnaît qu'il buvait bien deux litres de vin par jour, mais selon sa femme, il en buvait bien le double. Il déclare qu'il a été traité antérieurement pour des troubles hépatiques dont il ne devine pas l'étiologie. Il nous fait part de ses doléances à l'égard de ses voisins « qui sont bien capables d'avoir empoisonné ses chèvres », et n'exprime aucun regret d'avoir tiré un coup de fusil, car, selon lui, il a tiré en l'air pour effrayer la voisine.

Son état physique est satisfaisant, le visage un peu congestionné ; les conjonctives sont subictériques, la langue est blanche et tremulente ; on note un léger tremblement des extrémités ; le foie est douloureux et déborde de trois travers de doigt ; les réflexes ostéo-tendineux sont très diminués ; les bruits du cœur sont réguliers. La tension artérielle est à 17-10. Pendant les premiers jours de l'hospitalisation, le malade présente quelques épistaxis sans gravité. Le sommeil est bon. Une numération globulaire montre une anémie à 3.900.000 globules rouges. Le test de Gros est positif. Le test de Mac Lagan négatif. La femme du malade nous déclare que son mari a toujours fait preuve d'irritabilité et de vantardise. Selon elle, il boit beaucoup depuis 1939 et elle en rejette la responsabilité sur ses voisins avec lesquels il ne s'entendait pas.

La désintoxication est mise en œuvre : strychnine, vitamines B₁, C, PP. Ensuite, nous donnons au malade du Disulfiram, qu'il accepte volontiers. Dans le service, le comportement du malade est rapidement très satisfaisant. Il s'occupe très activement aux ateliers médicaux et participe à la vie de son pavillon.

La sortie est accordée après deux mois de séjour. Le malade prendra du Disulfiram et reviendra en consultation. Un mois plus tard, nous revoyons la femme du malade ; lui-même n'a pas voulu venir consulter. Il n'a pris du Disulfiram que pendant deux mois, puis a recommencé à faire des excès éthyliques qui ont entraîné l'irritabilité, les colères et les menaces. Le réinternement a été conseillé.

En résumé, il s'agit d'un sujet frustré, qui a toujours bu, en partie à cause de sa profession de cultivateur. Il a été déjà désintoxiqué sans résultat durable. Ses habitudes d'intempérance étaient trop anciennes et l'encadrement est trop inefficace pour que la désintoxication ait un effet durable.

OBSERVATION N° 3

M. L... Adrien, cinquante ans.

Son père, facteur des P.T.T., est décédé ainsi que sa mère. Il avait huit frères et sœurs, dont quatre sont décédés en bas âge. Dans ses antécédents infantiles, nous relevons une fracture de l'humérus droit à quatre ans et une perforation acciden-

telle de la voûte palatine à six ans. Jusqu'à treize ans, le malade a fréquenté l'école primaire, sans obtenir le C.E.P. Il se place ensuite comme berger, puis, à seize ans, devient mineur dans une mine de charbon.

A dix-huit ans, il est mineur de fond. C'est à ce moment qu'il prend l'habitude de boire du vin rouge : deux à trois litres par jour. Après son service militaire, effectué comme infirmier, il revient à la mine, puis, à vingt-deux ans, il devient facteur auxiliaire puis titulaire. En 1935, à l'occasion d'une hématomérose, il est admis à l'hôpital, où se déclenche une crise de delirium tremens, nécessitant son transfert en service spécialisé. Deux ans plus tard, deuxième hospitalisation pour crise de delirium. En 1938, il se marie et n'aura pas d'enfants. En 1939, il est mobilisé, fait prisonnier, puis rapatrié comme sanitaire. En 1944, nouvelle hématomérose, permettant la découverte d'un ulcère gastrique qui sera opéré (gastrectomie) cinq ans plus tard. En 1952, cure de désintoxication. Peu après sa sortie, il cesse de prendre de l'Antabuse et recommence à boire ; deux ans plus tard, nouvelle cure de désintoxication en service spécialisé.

En septembre 1954, alors qu'il était manutentionnaire aux P.T.T., il est inculpé de violation du secret de la correspondance et de vols. Il ouvrait les lettres et prenait l'argent qui s'y trouvait. Cet argent lui servait à acheter du vin, car sa femme lui laissait peu d'argent de poche. Le 21 décembre 1954, l'expertise mentale ordonnée le décrit comme un alcoolique chronique, psychasthénique et véritable toxicomane. Lors de l'expertise, son état de conscience crépusculaire, la pauvreté de son fond mental, l'état d'obnubilation relative et d'abrutissement permanent, d'origine éthylique, avaient fait conclure à son irresponsabilité. Le 31 mars 1955, une contre-expertise met en évidence un fléchissement global de la personnalité avec obtusité des facultés, déficience du jugement, de la volonté et du sens moral chez un toxicomane. Les experts concluent à l'irresponsabilité, mais à la nécessité de l'internement pour réaliser un sevrage rigoureux.

Le 3 mai 1955, le malade entre dans le service. Il est calme, bien orienté et signale qu'il a été déjà désintoxiqué une fois, mais ne fait pas mention des autres cures de désintoxication. Il reconnaît avoir pris de l'argent dans des lettres pour aller boire, mais il l'a rendu et cette restitution lui semble avoir complètement effacé sa faute. Le malade reconnaît qu'il buvait un peu et qu'il lui arrivait de s'enivrer. Ses facultés intellectuelles sont assez diminuées, la mémoire de fixation est assez altérée, mais c'est surtout sa conscience morale qui semble déficiente. Le malade s'entendait assez bien avec sa femme. Selon cette dernière, le malade était très calme et serviable lorsqu'il ne buvait pas, mais dès qu'il avait bu, il était coléreux et emporté. La nuit, il se réveillait souvent, en proie à des cauchemars, il injurait sa femme et, le lendemain, ne se souvenait plus de rien. Il aurait exprimé quelques idées de suicide.

L'état physique du malade est assez médiocre. On remarque de nombreuses varicosités sur le visage ; les bruits du cœur sont normaux ; il existe des crampes musculaires des mollets. La tension artérielle est à 15-10. Le foie est ptosé ; les réflexes tendineux sont vifs.

La désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine et vitamine B₁, puis cure de Disulfiram, contrôlée par trois « épreuves vin ». Le malade a supporté tout ce traitement avec une grande indifférence et sans paraître en comprendre le but.

Dans le service, le malade rend volontiers service à ses camarades ou aux infirmiers, et dès le mois de juin il s'occupe dans un atelier médical. Il travaille bien, mais parle très peu aux autres malades et semble bien indifférent à leurs occupations.

La sortie est accordée après trois mois de séjour. Le malade continuera à prendre du Disulfiram et demandera sa mise à la retraite des P.T.T. Le malade est revu trois mois plus tard ; tout va bien. Un an après, une lettre de sa femme nous apprend qu'il a cessé son traitement. Il boit un demi-litre de vin par jour. Il s'occupe de jardinage et son comportement est satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'un alcoolique de longue date, qui a été désintoxiqué quatre fois, sans résultat durable. Il a été interné après expertise, pour faute professionnelle grave. La longue évolution et l'affaiblissement intellectuel important des facultés intellectuelles n'ont pas permis de psychothérapie efficace. Actuellement, sa consommation de vin est très limitée et nous ne pouvions pas espérer de résultat beaucoup plus favorable.

OBSERVATION N° 4

M. G... Sylvain, quarante-huit ans.

Ses parents, cultivateurs, sont actuellement décédés ; son père d'angine de poitrine, sa mère d'urémie. Son enfance est marquée, comme antécédent pathologique, d'une pneumonie qui a guéri sans séquelles. Il fréquente l'école primaire et passe facilement le C.E.P., puis suit un cours complémentaire. A l'école, il s'entendait bien avec ses camarades. Nous avons pu rencontrer son ancien instituteur qui le considérait comme un original, prétendant toujours mieux faire que les autres. Après sa scolarité, il a appris le métier de sabotier puis l'a un peu abandonné pour aider ses parents dans leur exploitation. En 1928, il accomplit son service militaire sans incident notable.

En 1933, il se marie avec une jeune fille qu'il connaît depuis longtemps ; de cette union, naîtront trois enfants (en 1934, 1936, 1945), qui sont en bonne santé et qu'il aime beaucoup. Le malade a toujours un peu bu en raison de sa profession, mais, selon sa femme, il avait augmenté sa consommation ces dernières années.

En mars 1955, le malade perd tout intérêt pour son travail. Il devient taciturne, alors qu'il a toujours été jovial et qu'il était toujours prêt à rendre service à quelqu'un. Son sommeil devient agité et il se réveille en proie à des cauchemars. Pendant cette période, il buvait deux à trois litres de vin rouge par jour. Il ne manifeste plus aucun attachement pour ses enfants qu'il aimait bien. Tous les soirs, il se met à chercher querelle à sa femme et devient extrêmement jaloux. Il accuse le boulanger d'être l'amant de sa femme et après avoir fait des scènes à sa femme il en fait au boulanger. Un soir, il part même à sa recherche avec un fusil de chasse chargé. Il accuse sa femme soit chez lui, soit en public. Il est alors très interprétant ; sa femme veut acheter des culottes en nylon, c'est pour aller voir son amant. Sa femme va souvent dans les champs le lundi, c'est pour retrouver son

amant, puisque les boulangers ne travaillent pas le lundi. Il habitait près de chez le boulanger et le voyait faire des signes de connivence à sa femme.

Il consulte alors un médecin psychiatre avec sa femme qui le fait entrer en clinique pour une cure de désintoxication qui a lieu du 14 avril au 5 mai 1955. Dès qu'il est revenu chez lui, il se remet à boire, ses idées de jalousie persistent.

Le 21 juin 1955, l'internement est décidé. Le malade entre dans le service. Il est très jovial, il est bien orienté. Il s'exprime très facilement, son vocabulaire est assez riche ; il est volubile. Il exprime spontanément ses idées de jalousie d'une façon très libre et accuse sa femme de l'avoir fait interner pour être seule avec son amant. Il nie tout excès de boisson et proteste contre son internement. En parlant de sa femme, le malade se met à pleurer, car, dit-il : « Jusqu'à cette année, c'était une bonne femme ». En réalité, nos renseignements montrent que ses soupçons n'étaient pas fondés, mais que sa femme faisait preuve d'incompréhension à l'égard de l'état de son mari et qu'elle l'accablait de reproches.

Son état physique est satisfaisant. Il est d'une forte corpulence. Son visage présente quelques varicosités. On note un léger tremblement des extrémités. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. La tension artérielle est à 15-10. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. Pendant son hospitalisation, sa femme vient quelquefois lui rendre visite ; il la reçoit très bien, tout en restant persuadé qu'elle l'a trompé. Il lui pardonne en raison des années heureuses passées avec elle et surtout parce qu'il pense qu'elle ne le trompera plus. Il accepte volontiers de suivre un traitement anti-éthylique bien qu'il nie tout excès de boisson.

La cure de désintoxication est entreprise. Elle comprend deux séries d'injections de strychnine, plus des vitamines C et PP ; elle est suivie d'une cure de Disulfiram que le malade accepte bien. Il reçoit trois « épreuves vin ». Son comportement dans le service a toujours été satisfaisant ; le malade cherche à rendre service.

La sortie est décidée après trois mois de séjour. Cette sortie nous a donné quelques inquiétudes, car sa femme s'y opposait, ne trouvant pas son mari assez guéri, ne comprenant guère qu'il lui faudrait l'aider à ne plus boire et menaçant de quitter le domicile conjugal avec ses enfants si son mari revenait. Après explications avec la femme du malade, ce dernier est sorti en promettant de prendre du Disulfiram ; il reprendra ses occupations de cultivateur. Deux mois plus tard, le malade est revu ; il déclare qu'il est sobre, qu'il travaille et s'entend bien avec sa femme. Celle-ci déclare que son mari ne boit pas ; il prend ses médicaments et se comporte bien ; il conserve quelques idées de jalousie. Six mois après sa sortie, le malade cesse de prendre du Disulfiram ; il boit trois quarts de litre de vin par jour. Il n'exprime plus d'idées de jalousie caractérisées, mais surveille encore sa femme.

En résumé, il s'agit d'un malade présentant un délire chronique de jalousie. Il n'est pas possible de savoir si l'alcoolisme a précédé ou suivi l'apparition du délire. A la suite de son hospitalisation, il est resté abstinant six mois. Actuellement, sa consommation journalière de vin se situe dans les limites raisonnables et son délire est moins actif qu'auparavant.

OBSERVATION N° 5

M. R... Georges, vingt-sept ans.

Son père était concierge d'usine. Après des études primaires médiocres, il devient ouvrier agricole chez des particuliers. Depuis l'âge de dix-sept ans, il boit beaucoup de vin rouge (parfois cinq à six litres dans la journée). Il travaille beaucoup. A trois reprises différentes, il a mis le feu à des granges, alors qu'il était en état d'ivresse. Il est arrêté et écroué à la Maison d'Arrêt ; après expertise, il est interné.

Le 13 août 1949, le malade entre dans le service. Il reconnaît facilement qu'il est l'auteur de plusieurs incendies. Il n'avait rien contre les personnes chez lesquelles il a mis le feu, mais il voulait voir fonctionner la pompe à incendie. Le fond mental de ce sujet est très pauvre. Il reconnaît boire beaucoup et déclare que souvent sa consommation de vin était de cinq à six litres par jour. L'examen physique ne révèle pas d'anomalies, si ce n'est un léger tremblement des extrémités. En 1951, il s'évade de l'hôpital, s'énivre au dehors, mais il est repris le lendemain. Dans le service, le malade a toujours un bon comportement. Il a travaillé dans les services généraux et, en 1955, depuis la création des ateliers médicaux, il s'occupe activement. De temps en temps, le malade réussit à boire dans le service et se montre alors très énervé. Il injurie le personnel et menace de mettre le feu ou de tuer quelqu'un. Un E.E.G. pratiqué en mars 1954 a montré un tracé tout à fait normal.

Le 3 février 1956, un traitement au Disulfiram est entrepris. Le malade l'accepte volontiers. Trois « épreuves vin » sont pratiquées. Actuellement, au mois de novembre, le malade continue à prendre du Disulfiram, à raison de deux comprimés par semaine. Son comportement est très satisfaisant. Il s'occupe activement aux ateliers médicaux. Il sort seul en ville chaque semaine.

En résumé, il s'agit d'un sujet débile mental qui a présenté une intoxication éthylique continue pendant trois ans. Au cours d'ivresses, il a cédé trois fois à des impulsions pyromaniaques. Il est actuellement désintoxiqué. Docile, il reste abstinent grâce au Disulfiram qu'on lui fait absorber. Si un milieu d'accueil réalisant toutes conditions d'encadrement désirables pouvait lui être offert, un essai de sortie serait alors tenté.

OBSERVATION N° 6

M. P... Marius, cinquante ans.

Ses parents, cultivateurs, sont décédés. Le sujet a fréquenté l'école primaire jusqu'à douze ans, sans obtenir le C.E.P. ; ensuite, il a aidé ses parents aux travaux des champs. Dès l'adolescence, il a commencé à boire par imitation et entraînement.

En 1931, il épouse une jeune fille de son village, dont il aura une fille. Depuis le décès de ses parents, le sujet exploite leurs terres et sa consommation de vin est assez élevée. Il s'énivre assez souvent et profère alors des menaces contre sa famille ou ses voisins.

Le 20 septembre 1950, alors qu'il se trouvait en état d'ivresse, le sujet menace ses voisins avec un fusil et tente d'abuser de sa fille âgée de dix-huit ans. Il est alors inculpé de viol ou tentative de viol et écroué en maison d'arrêt.

Le 5 janvier 1951, le sujet est transféré dans le service.

Très calme et satisfait d'avoir quitté la maison d'arrêt, il répond volontiers aux questions posées. Il s'entend bien avec sa femme et sa fille et proteste de son innocence dans le viol qui lui est reproché. Le malade admet qu'il buvait bien un peu trop parfois, mais « seulement du vin rouge et jamais d'alcool ». Il rejette la responsabilité de son inculpation sur la malveillance de ses voisins.

En réalité, le sujet semble avoir complètement oublié les circonstances de l'incident. Il reproche à sa femme et à sa fille de s'alarmer lorsqu'il crie un peu fort et de quitter la maison, alors qu'il n'est pas en colère contre elles.

L'examen somatique révèle un état général satisfaisant ; les bruits du cœur sont assourdis ; la tension artérielle est à 15-10. Le foie est rétracté, indolore. Il n'existe pas de tremblement des extrémités. Les réflexes rotuliens et achilléens sont conservés. Les mollets sont le siège de crampes musculaires.

Le malade n'est pas désintoxiqué puisqu'il a observé à la maison d'arrêt une abstinence totale de trois mois. Il travaille dans les services généraux de l'hôpital et son comportement est satisfaisant. Cependant, en 1954, le malade a réussi à s'enivrer ; excité et menaçant, il avait tenté de blesser un infirmier.

Actuellement, le malade reste sobre et le problème de sa sortie a été envisagé. Sa femme ne lui a pas rendu visite une seule fois en cinq ans ; mais son frère s'intéresse à lui. De plus, le maire de la commune accepterait de le surveiller après sa sortie. Une enquête sociale complémentaire a donc été demandée. Nous avons récemment proposé une cure de Disulfiram au malade, mais il a refusé.

En résumé, il s'agit d'un sujet, buveur de longue date, et débile mental, qui a été interné à la suite de troubles graves du comportement. Il a refusé de suivre une cure de Disulfiram. Actuellement, la déficience de l'encadrement familial et social empêche d'envisager sa sortie.

OBSERVATION N° 7

M. D... Henri, quarante-neuf ans.

Son père est décédé à soixante-dix ans, sa mère à quarante-huit ans. Ce sujet a effectué une scolarité primaire satisfaisante, sanctionnée par le C.E.P., puis il a suivi les cours d'une Ecole de Commerce pendant quatre ans.

A dix-huit ans, il va travailler chez son oncle, marchand de vins, et dès lors, il commence à boire beaucoup. A vingt ans, il accomplit son service militaire et, au retour, devient voyageur de commerce représentant en vins. En 1930, il se marie ; de cette union, naîtront quatre enfants âgés de quatorze à vingt-cinq ans. En 1938, au décès de son oncle, il reprend son commerce de marchand de vins.

Entre 1950 et 1952, le sujet suit quatre cures de désintoxication en service spécialisé. Elles avaient été motivées par des accès d'excitation d'origine éthylique. Au cours d'ivresses, le malade avait provoqué plusieurs accidents de voitures dont

l'un lui a occasionné une fracture du rocher. A la suite de ses cures de désintoxication, il prenait du Disulfiram pendant quelques jours et cessait assez rapidement d'en prendre. En 1953, il abandonne son commerce de vins et devient épicier. Sa consommation de vin diminue légèrement alors. Le 12 avril 1956, un nouvel accident de voiture entraîne son hospitalisation en service de chirurgie, puis le malade nous est adressé. Il faut noter que le malade circulait sans permis de conduire, qui lui avait été retiré.

Le 28 avril 1956, le sujet entre dans le service. Il est calme, lucide et bien orienté, et proteste de sa sobriété lors de son dernier accident de voiture. Interrogé sur ses désintoxications antérieures, le malade se trompe dans les dates, sa mémoire est très déficiente. Il explique qu'il n'a jamais pu prendre de Disulfiram pendant longtemps, car, dit-il, « dès que j'avais pris un comprimé, je devenais tout rouge et j'avais envie de vomir ». Ses facultés de jugements sont très altérées ; il n'est pas du tout alarmé d'avoir eu trois accidents de voiture en cinq ans ; il les met sur le compte de l'état des routes et de sa fatigue. Il y a un net déficit intellectuel et moral.

L'examen somatique montre un état général apparemment bien conservé. On note un léger tremblement des extrémités et de la langue. Les réflexes rotuliens sont vifs ; le foie est rétracté. La tension artérielle est à 15-7 ; les bruits du cœur sont réguliers. Enfin, il existe une impuissance sexuelle. L'E.E.G. montre un rythme de base delta irrégulier peu ample, symétrique. Il s'y mêle une importante proportion de rythmes rapides diffus, très peu amples, ainsi que quelques rythmes θ éta diffus, ce qui confère au tracé un aspect polyrythmique. La réaction d'arrêt est bonne. L'hyperpnée ne fait pas apparaître d'activation. La S.L.I. provoque un léger entraînement occipital symétrique. En conclusion, le tracé est sensiblement normal.

La cure de désintoxication est aussitôt entreprise. Strychnine, vitamines, extraits hépatiques, mais ces derniers sont rapidement interrompus en raison de l'intolérance du malade. L'état général fléchit ; il apparaît de l'inappétence et l'on redonne un peu d'alcool au malade d'abord sous forme de potion de Todd, puis de vin (deux verres par jour). Dans le service, le malade passe son temps à se promener et à demander ce qu'il doit faire. Il réclame sans cesse du travail, mais est incapable de l'effectuer. En réalité, le déficit intellectuel et moral est net et empêche toute psychothérapie efficace.

La sortie est accordée après sept mois de séjour. Le sujet n'est pas déconditionné, mais toutes les garanties d'encadrement sont acquises.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui boit depuis l'adolescence à cause de son métier de marchand de vins et de sa faible volonté. Il a déjà été désintoxiqué à plusieurs reprises sans résultat durable. Actuellement, chez ce malade, débute une évolution dementielle rendant illusoire tout traitement efficace.

B) MALADES DU GROUPE II

Ce sont des malades pour lesquels nous avons mis en évidence une « malévolution » de la personnalité à l'origine de l'intoxication.

OBSERVATION N° 8

M. M... Marcel, trente-quatre ans.

Son père était plombier et exploitait aussi quelques terres. Il aimait bien boire ; il est décédé en 1948. Sa mère a toujours affecté une préférence très marquée pour le frère aîné du malade. Ce frère aîné, célibataire, vit d'ailleurs encore avec sa mère.

Le malade a fréquenté l'école primaire jusqu'à quatorze ans sans obtenir le C.E.P. Ensuite, il travaille un peu la terre avec son père. Dès cette époque, ses deux grands-pères et son père lui apprennent à boire « pour devenir un homme ». Ses parents n'ont tenté de lui faire apprendre aucun métier et l'enfant jouit d'une grande liberté.

En 1942, il part aux Chantiers de Jeunesse, déserte et se réfugie à la campagne où il cultive la terre. En 1945, il revient chez lui et s'embauche comme cantonnier. Il donne toutes satisfactions dans son travail. Dans ce métier, il a évidemment beaucoup d'occasions de boire. De plus, étant célibataire, il prend l'habitude de sortir avec des camarades et de faire la « tournée des caves ». En 1948, il épouse une serveuse de pension de famille et habite dès lors une maison voisine de celle de ses parents. Il est très amoureux de sa femme, dont il aura trois enfants en 1948, 1951, 1953.

Lorsqu'il a bu, le malade crie beaucoup, mais il n'est pas méchant. Sa femme s'alarme dès qu'elle l'entend crier ; elle en a peur, lui reproche d'être ivre et s'éloigne de lui. Le malade est très irrité, car il aime sa femme et ne comprend pas qu'elle ait peur de lui. Trois fois, la femme quitte le domicile conjugal. La mère du malade, au lieu d'apaiser les conflits, prend parti pour sa belle-fille et la monte contre son fils. Le malade a exprimé quelques idées de jalousie et de persécution. Il a reçu un procès-verbal pour tapage nocturne et ivresse sur la voie publique. Il dort mal et est souvent réveillé par des cauchemars. Le malade boit beaucoup et a toujours refusé de se faire désintoxiquer, aussi le placement d'office est-il envisagé.

Le 19 décembre 1955, le malade entre dans le service. Il est un peu inquiet de se trouver dans un H.P. et reproche à sa femme de l'avoir fait interner. Lorsque nous lui demandons en quelle année il s'est marié, le malade ne se souvient plus ; il est obligé de calculer par rapport à l'âge de ses enfants et pourtant ses fonctions intellectuelles ne semblent pas altérées. Le malade ne se considère pas comme un buveur, mais reconnaît qu'il buvait bien deux à trois litres de vin par jour. Il rejette la responsabilité de la mauvaise entente dans son ménage sur sa femme qui lui reprochait d'être ivre et qui avait peur de lui alors qu'il se considère comme un mari modèle.

L'état général du malade est assez satisfaisant. On remarque quelques varicosités sur les pommettes, le foie déborde de trois travers de doigt ; il n'est pas douloureux à la palpation. Il existe un léger météorisme abdominal. Aux membres inférieurs, on n'éveille pas de douleurs à la pression des masses musculaires. Il existe un tremblement menu des extrémités. Les réflexes ostéo-tendineux sont diminués. Au cœur, il existe un léger souffle systolique de pointe. La tension artérielle est à 15-9. Les tests de Mac Lagan et de Hanger sont normaux ; le test de Gros est négatif. L'E.E.G. montre un tracé extrêmement plat avec un alpha très irrégulier et de très faible amplitude. La réaction d'arrêt est bonne. L'hyperpnée est sans

action. La S.L.I. provoque un léger entraînement occipital symétrique. Il n'existe pas d'anomalies nettes. En conclusion, le tracé est sensiblement normal.

Le malade est alors désintoxiqué : strychnine, vitamines B₁, C, PP, puis déconditionné par le Disulfiram, que le malade accepte bien. L'efficacité en sera contrôlée par quatre « épreuves vin ».

Au début de l'hospitalisation, nous avons dû retourner à sa mère une lettre qu'elle adressait à son fils pour lui affirmer que son épouse « l'avait fait enfermer pour s'en débarrasser ». A la fin de la cure, mari et femme sont confrontés en vue d'un entretien psychothérapique conjugal et il semble bien qu'une vie normale puisse être envisagée à l'avenir par le couple. Le mari aime beaucoup sa femme, mais il ne comprend pas qu'elle ait peur de lui et qu'elle le repousse lorsqu'il a bu. La femme, qui aime bien son mari, est terrorisée dès qu'il élève la voix et lui reproche son intempérance. Finalement, les deux époux se réconcilient et envisagent d'aller habiter loin de la belle-mère. Le traitement se poursuit normalement, le malade prend part à l'activité du service.

La sortie est accordée après deux mois de séjour. Le malade prendra du Disulfiram. Le 22 mars 1956, le malade est revu. Il s'abstient de toute boisson alcoolisée et prend bien le Disulfiram. Le 17 mai 1956, le malade a essayé de boire un peu, nous renforçons son traitement : un comprimé de Disulfiram par jour. Six mois après sa sortie, une lettre de sa femme nous informe qu'il ne boit pas et qu'il suit régulièrement son traitement.

En résumé, il s'agit d'un sujet chez lequel la formation de la personnalité a été profondément troublée par la préférence visible de la mère pour son frère aîné. De plus, une mauvaise compréhension réciproque a rapidement compromis la stabilité de ses relations conjugales. Ici, nous avons fait prendre conscience au sujet et à sa femme, de la cause de leur désunion et il semble bien que l'efficacité de la désintoxication soit durable, à condition cependant que le malade soit suivi périodiquement.

OBSERVATION N° 9

M. P... Auguste, quarante-quatre ans.

Placé à l'Assistance Publique dès sa naissance, il est élevé par une veuve qu'il considère comme sa mère et pour laquelle il a toujours éprouvé une grande affection. Il fréquente l'école primaire jusqu'à son C.E.P. qu'il obtient. Ensuite, il apprend le métier de menuisier chez un artisan, tout en restant chez sa mère nourricière.

En 1932, il accomplit son service militaire dans l'infanterie sans incident notable. A son retour, il retrouve sa vraie mère et ses frères. Il sympathise avec eux, mais continue à habiter chez sa nourrice. De 1933 à 1939, il travaille comme menuisier. En 1939, il est mobilisé, puis prisonnier de guerre jusqu'en 1945.

En 1945, à son retour de captivité, il apprend le décès de sa mère nourricière et il en est très affecté. Il va habiter chez des amis et il se met à boire progressivement du vin rouge. Il reprend son travail chez le même menuisier. En 1947, il

se marie. De cette union naîtront deux filles, en 1948 et en 1951. La belle-mère du malade habite avec le jeune ménage et il ne s'entend pas très bien avec elle. Il abandonne le métier de menuisier, car on lui offre un salaire plus élevé comme manœuvre en maçonnerie.

En 1953, le comportement du malade se modifie. Alors qu'il était assez jovial, qu'il prenait la vie du « bon côté », il devient inquiet, parle sans cesse de la guerre et veut s'engager pour combattre en Indochine. Il s'énivre souvent. Il devient très susceptible et jaloux et menace souvent sa femme. A cause de son intempérance, il trouve difficilement de l'embauche et travaille le plus souvent à la journée. Sa consommation de vin rouge est alors de quatre litres par jour, plus quelques petits verres d'eau-de-vie. Son sommeil devient agité et le malade se réveille souvent en proie à des cauchemars pendant lesquels il se croit à la guerre. Il a quelquefois exprimé des idées de suicide, mais il ne les a jamais réalisées. Envers sa femme, sa jalousie augmente et il la bat souvent. Il se bat aussi avec sa belle-mère quand elle lui reproche son intempérance et dans ses luttes il n'a pas toujours le dessus. Il ne semble pas avoir menacé ses deux filles qu'il aime beaucoup. En juillet 1955, le malade suit une cure de désintoxication en service spécialisé, où il reçoit des vitamines B₁ et PP et des extraits hépatiques. De retour chez lui, il reste deux mois sans boire, puis recommence par entraînement. Il trouve alors difficilement du travail et chez lui les scènes recommencent jusqu'au jour où sa femme excédée d'être battue demande son internement.

Le 26 janvier 1956, il entre dans le service. Le malade est assez calme et jovial. Il est bien orienté. Il nous parle encore de son projet d'engagement dans la Légion Etrangère, pour partir au Maroc. Le sommeil est agité et le tremblement des extrémités, la trémulation de la langue, sont très marqués et nous font craindre la survenue d'une crise de delirium tremens. Il reconnaît bien ses excès de boisson, mais il accuse sa belle-mère d'être la cause de la dysharmonie régnant dans le ménage. L'examen physique montre une atrophie peu accusée au mollet gauche. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu vifs ; il n'existe pas de cirrhose. La tension artérielle est à 18-9. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. Les tests de Gros et de Mac Lagan sont négatifs. Un E.E.G. montre un rythme de base de 9 c/s, abondant, symétrique, avec bonne réaction d'arrêt. Il n'y a pas d'activation par l'hyperpnée. La S.L.I. produit un bon entraînement occipital. En conclusion, le tracé est normal.

Pour prévenir une crise de delirium tremens, nous administrons au malade du sulfate de strychnine à haute dose (0,015 g par jour) que nous diminuons par la suite. Il reçoit, de plus, des vitamines B₁, C, PP et de la Chlorpromazine (50 mg), puis débute le traitement au Disulfiram, qui est bien accepté par le malade. L'efficacité en est contrôlée par cinq « épreuves vin ». Dans le service, le comportement du malade est rapidement très satisfaisant. Il participe à la vie du service. Après trois mois de séjour, le malade sort. Il continuera à prendre du Disulfiram et reviendra périodiquement ici en consultation. Un mois après, le malade revient nous voir. Il n'a pas repris son travail et va en journée. Il prend bien son médicament et son comportement est satisfaisant. Quatre mois après sa sortie, le malade a cessé de prendre ses comprimés et recommencé épisodiquement à boire. Sa femme et sa belle-mère semblent avoir fait preuve de beaucoup d'incompréhension à son égard et, selon certains renseignements, souhaiteraient se débarrasser de lui.

Il travaille maintenant régulièrement en usine : malheureusement, il s'agit d'un travail extrêmement pénible consistant à manipuler de la fonte en fusion, ce qui, à tous les points de vue, ne peut que contribuer à provoquer et à accélérer une rechute.

En résumé, il s'agit d'un sujet de l'Assistance Publique qui était très attaché à sa mère nourricière. Le décès de cette dernière l'a privé d'un appui affectif solide qu'il n'a pas retrouvé chez sa femme et il s'est alors adonné à la boisson. Se retrouvant à la sortie de l'hôpital dans les mêmes conditions d'incompréhension de la part de sa femme, il semble probable qu'il recommence à boire, d'autant plus que les conditions de travail qui lui sont actuellement offertes sont très défavorables.

OBSERVATION N° 10

M. M... Antoine, trente-deux ans.

Son père, cultivateur, est en bonne santé. Sa mère est décédée à quarante-sept ans d'un cancer au sein. Il a une sœur qui est mariée. Après une scolarité médiocre (échec au C.E.P.), il aide son père aux travaux des champs. A dix-huit ans, il devient mineur dans une mine de charbon, et prend l'habitude de boire.

Sa classe n'ayant pas été appelée sous les drapeaux, il n'a pas accompli de service militaire. Le malade vivait seul avec son père depuis le décès de sa mère. Sa sœur habite le même village. Depuis neuf ans, le malade a une maîtresse, à laquelle il semble tenir, mais qui n'est pas acceptée par sa famille. De plus, les discussions d'intérêt étaient fréquentes avec sa sœur et c'est surtout elle qui lui reproche de fréquenter cette jeune femme.

En octobre 1955, à la suite d'une blessure à la main, le malade doit cesser son travail. Depuis lors, il perd l'appétit et commence à boire beaucoup. Son amie, lasse de voir différer sans cesse son mariage, le harcèle et menace même de le tuer s'il refuse de l'épouser. Le malade pris entre sa famille et sa maîtresse ne peut se décider et passe son temps à boire. Ses libations se composent surtout de vin rouge pris en grande quantité (cinq litres par jour, selon le médecin traitant), d'eau-de-vie absorbée à pleins bols. A la suite de ces excès, il errait dans les rues, en proférant des menaces et en tenant des propos incohérents.

Le 21 novembre 1955, il est hospitalisé en service spécialisé pour confusion mentale. Traité par une cure de sommeil, des vitamines B₁ et PP, des extraits hépatiques, il sort le 10 décembre. Le 20 décembre, nouvelle hospitalisation pour rechute de confusion mentale. Il reçoit une cure de sommeil, continuée par la chlorpromazine, puis une série de 12 électro-chocs, puis une cure de désintoxication éthylique. Le résultat n'est pas très satisfaisant et le malade nous est adressé.

Le 12 février 1956, le malade entre dans le service. Sa chevelure, ses vêtements sont négligés. Son regard et sa mimique sont inexpressifs. Il répond assez rapidement aux questions, mais ses réponses sont toujours très brèves, peu assurées et données sur un ton monocorde. Il ne répond pas à certaines questions même

répétées, ou répond seulement : « J'en sais rien » ou « je suis fatigué ». Il sait qu'il se trouve à Clermont, mais ignore en quel endroit, que l'on est en février mais se trompe pour indiquer l'année. Après avoir répondu à deux ou trois questions, il cesse de répondre pendant quelques minutes et nous conseille de questionner plutôt ses parents. Cet état de confusion ne semble pas s'accompagner d'onirisme ou tout au moins le malade ne l'exprime pas.

L'état général est satisfaisant. Le foie n'est pas augmenté de volume. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. La tension artérielle est à 13-7. Les réflexes ostéo-tendineux sont assez vifs, les extrémités sont froides. L'E.E.G. montre un tracé assez plat avec un alpha de 10 c/s, abondant, symétrique et peu ample (25 microvolts environ). La réaction d'arrêt est bonne. Il existe en permanence de nombreux rythmes θ diffus très irréguliers et très peu amples modulant l'alpha. La S.L.I. est sans action. En raison de l'inertie du malade, l'hyperpnée n'a pu être pratiquée.

Pendant les premiers jours de son hospitalisation, le malade reste indifférent à tout ce qui l'entoure. Restant de longues heures immobile à regarder dans le vague, il ne sort de son inertie que pour marcher dans le dortoir sans regarder personne et sans parler. Son alimentation est assez satisfaisante pour peu que l'on insiste, mais l'on éprouve de grandes difficultés pour lui faire faire sa toilette, et, pour obtenir qu'il se peigne. Dès l'entrée, un traitement de chlorpromazine est institué : 60 mg par jour. Deux séances de narcoanalyse sont effectuées. Les réponses aux questions sont toujours aussi laconiques qu'au cours de l'examen d'entrée, mais le malade exprime assez bien le conflit qui l'oppose à sa famille à propos de sa maîtresse avec laquelle d'ailleurs il avait cherché à rompre. Un mois après son admission, le malade est toujours aussi indifférent et apathique ; aussi une cure de Sakel est-elle instituée, au cours de laquelle le coma est obtenu 36 fois ; pendant les derniers jours de sa cure, il est plus éveillé et s'occupe spontanément aux ateliers médicaux. Après la cure de Sakel, le malade est très amélioré ; il va régulièrement aux ateliers, s'intéresse aux distractions des autres malades. Il reconnaît qu'il ne tient pas à se marier. Le 17 juin, une cure de dégoût au Disulfiram est instituée ; son efficacité contrôlée par trois « épreuves vin ».

La sortie est accordée après cinq mois de séjour. Le malade continuera à suivre le traitement institué et reprendra son travail à la mine. Le malade est revu trois mois après sa sortie. Il vient de cesser son traitement et a repris son travail à la mine. Il fréquente toujours son amie.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a toujours bu du vin mais en quantité modérée. Un conflit latent l'opposait à sa famille à propos de sa maîtresse ; un accident l'oblige à interrompre son travail ; sa famille et son amie en profitent pour le presser de prendre parti. Incapable de se décider, le sujet se met à boire du vin et de l'eau-de-vie en grande quantité. Il en résulte un état subconfusionnel, qui sera assez long à guérir. Le pronostic éloigné de cette cure de désintoxication sera fonction de la capacité du sujet à résoudre ce conflit affectif ; cependant, le métier exercé et l'ambiance de travail risquent de l'entraîner de nouveau à l'alcoolisme par une autre voie.

OBSERVATION N° 11

M. M... Joseph, quarante-trois ans.

Ses parents, cultivateurs, sont décédés. Le sujet fréquente l'école primaire jusqu'à l'âge de treize ans, échoue au C.E.P. puis aide ses parents aux travaux des champs. A seize ans, il s'embauche dans une entreprise de terrassement et commence à boire du vin rouge (un litre en moyenne par jour). A vingt et un ans, il accomplit son service militaire dans l'artillerie, sans incidents notables, puis va travailler dans une aciérie.

En 1939, à vingt-six ans, il part à la guerre. A son retour, un an après, il revient travailler à l'aciérie, mais elle ferme et il devient manœuvre en bâtiment. En 1941, il se marie avec une ouvrière d'usine. De ce mariage, naîtront un fils en 1946 et une fille en 1947. Il travaille dans une coopérative d'usine. En 1943, il part en Allemagne comme S.T.O. Il revient en permission et prend le maquis.

En 1945, il reprend son travail à la coopérative, mais reconnu atteint de tuberculose pulmonaire il est hospitalisé six mois dans un sanatorium où il subit une thoracoplastie de cinq côtes. Un an après, il est pensionné à 100 % et passe son temps à jardiner. Il s'occupe un peu aussi de la maison et des enfants pendant que sa femme travaille. Dès lors, le malade boit beaucoup. En 1947, il reçoit une contravention pour ivresse sur la voie publique. Depuis la naissance de sa fille, il devient très hostile envers sa femme ; il se montre souvent grossier, insolent et lui reproche son infidélité, car il prétend que sa fille n'est pas de lui. En 1950, sa femme demande le divorce puis arrête la procédure. Ils se réconcilient, mais rapidement il exprime de nouveau ses idées de jalousie, accuse sa femme de coucher avec le contremaitre de l'usine ; il l'enferme parfois dans la maison, ou bien la suit lorsqu'elle va faire ses commissions.

En 1954, sa pension est ramenée à 95 % et cette diminution de revenu est très péniblement ressentie par le malade, qui voit diminuer ses ressources pour acquérir son vin quotidien. Ses reproches envers sa femme augmentent encore et elle fait appel à la police qui le fait hospitaliser en service spécialisé pour une cure de désintoxication. A sa sortie, il est de nouveau sociable pendant quelques semaines. Début 1955, sa femme se fait opérer de l'appendicite. Dès qu'elle revient à la maison, le malade se montre très prévenant et affectueux envers elle, mais elle va se reposer quelques jours chez ses parents et dès son retour les soupçons renaissent et le malade reprend ses habitudes d'intempérance. Le 25 juin 1955, au cours d'une dispute avec un voisin qu'il soupçonne d'être l'amant de sa femme, il tente de l'étrangler ; la police intervient et le reconduit au service spécialisé où il est désintoxiqué pendant cinq semaines ; puis il entre ici en placement d'office.

Le 13 août 1955, le malade entre dans le service. Il est très calme et très présent. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il s'exprime assez difficilement et ses moyens de compréhension sont certainement restreints. Il reconnaît ses habitudes d'intempérance, mais spontanément il n'exprime aucune idée de jalousie à l'égard de sa femme. Il assure même qu'il n'a jamais eu de doutes sur sa fidélité. Plus tard, il avouera cependant que, pendant son hospitalisation antérieure, il a entendu des veilleurs de nuit dire qu'ils avaient des relations avec sa femme pendant la journée. Mais il accuse surtout sa belle-sœur d'avoir influencé sa femme

pour qu'elle demande le divorce. En réalité, sa belle-sœur est notoirement une femme de mauvaise vie, mais, selon sa femme, elle ne s'occupe pas de leur ménage. Il paraît probable que le sujet avait un désir plus ou moins conscient de cette belle-sœur, désir qui nous paraît, en partie, avoir présidé à l'élaboration de ses idées délirantes.

L'examen somatique montre un état général apparemment conservé. On note un tremblement marqué des extrémités et une trémulation de la face. Le foie est petit, rétracté, indolore. L'auscultation cardiaque révèle une légère tachycardie. La tension artérielle est à 14-9. Les réflexes ostéo-tendineux sont très vifs. Il n'existe pas de varicosités de la face. La consultation du phthisiologue nous rassure sur son état pulmonaire. L'E.E.G. montre un rythme de base de 9 c/s, assez abondant, peu ample, symétrique, avec une bonne réaction d'arrêt. Il n'y a pas d'anomalies ni d'activation par l'hyperpnée et la S.L.I. En conclusion, le tracé est normal.

La désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine et vitamines B₁, C, PP ; puis le malade est intégré dans un atelier médical où il s'occupe activement. Dans le service, le comportement du malade est satisfaisant, mais il se mêle assez peu aux conversations et aux distractions des autres malades. Après six mois de séjour, la cure de déconditionnement au Disulfiram est entreprise et, un mois après, le malade part en sortie d'essai. Il va chez son frère à Cannes où il travaille au jardinage. Il s'engage à ne pas revenir en Auvergne sans nous avertir et à ne pas revoir sa femme sans notre autorisation. Il continuera à suivre son traitement au Disulfiram. Quatre mois après sa sortie, le malade est revenu passer quelques jours dans la région. Il reste délirant, mais a eu une entrevue paisible avec sa femme. Actuellement, sa consommation de vin se situe dans les limites raisonnables.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a commencé à boire dès l'adolescence par entraînement. Son état pulmonaire lui interdisant tout travail suivi depuis 1946 ; il a dès lors accru sa consommation de vin. De plus, l'écllosion d'un délire de jalousie a suivi de près ses excès éthyliques. Aussi, après sa désintoxication, il a paru nécessaire de lui conseiller de vivre loin de sa femme, chez un frère pour lequel il éprouve une certaine affection. Le résultat de sa cure est actuellement satisfaisant, mais en raison du délire le pronostic éloigné semble moins favorable.

OBSERVATION N° 12

M. D... Edouard, quarante-six ans.

Son père, coutelier, est décédé en 1937, d'une congestion cérébrale. Sa mère âgée de soixante et onze ans se porte assez bien. Il est fils unique. Il aimait beaucoup son père qui avait une certaine autorité sur lui, alors que sa mère n'en a aucune. Il fréquente l'école jusqu'à seize ans et devient commis aux écritures dans une administration privée. En 1930, il accomplit son service militaire comme secrétaire d'état-major. A son retour, il est en chômage et devient voyageur en coutellerie.

En 1934, il épouse la veuve d'un ouvrier de son père, mariage dont il naîtra une fille, qui a maintenant vingt ans. Il prend alors un portefeuille d'assurances. Rapidement, les relations conjugales se détériorent, car sa femme et sa belle-mère

lui reprochent d'être un ivrogne. En 1937, au décès de son père, il reprend la coutellerie à son compte. En 1938, divorce prononcé à ses torts. Il ne s'occupera jamais de sa fille. En 1939, il est mobilisé et participe à quelques opérations, puis revient chez lui et s'occupe de sa coutellerie.

En 1949, il se marie avec une personne qu'il connaît depuis quatre ans et dont il a eu un enfant en 1946. Mais le malade, dont l'égoïsme et l'infantilisme constituent le fond de la personnalité, lui reproche rapidement son infidélité, et en 1952, lorsqu'elle demande le divorce pour ivrognerie, il ne s'y oppose pas. En 1952, accident de voiture. Le malade est alors condamné à une peine de prison pour ivresse et au retrait du permis de conduire. Le malade avait été déjà condamné pour escroquerie et abus de confiance.

Depuis son divorce, le malade abandonne progressivement sa coutellerie, car elle ne lui rapporte pas assez et il n'a plus aucun travail régulier. Il vit alors avec sa mère qui nous déclare qu'il a toujours été faible et paresseux. Le malade avait toujours bu du vin rouge en assez grandes quantités et depuis qu'il n'a plus de travail il augmente encore sa consommation. Il ne supporte aucun reproche, aucune remarque de sa mère. Il revient souvent chez lui très énervé et à la moindre observation de sa mère il entre en colère et casse tout ce qui lui tombe sous la main. Il bat aussi fréquemment sa mère. Depuis la fin de 1955, le malade s'est mis à boire de l'eau-de-vie en plus du vin et les scènes de violence deviennent plus fréquentes ; il a perdu l'appétit et passe son temps à boire. Sa mère terrorisée et excédée le fait interner.

Le 4 février 1956, le malade entre dans le service. Il n'a jamais été hospitalisé auparavant. À son entrée, le malade s'est plaint au personnel infirmier, de l'attitude de sa mère et promet de se venger. Le malade ne reconnaît pas ses excès de boisson et trouve tout à fait normal de ne pas travailler à quarante-six ans, car il se sent fatigué. Il reconnaît facilement avoir battu sa mère et ne le regrette pas. Devant notre étonnement, il déclare : « Oh ! je l'ai peut-être battue, mais je ne l'ai pas tuée ». Il nous déclare qu'elle est bien la plus coupable, parce qu'elle lui faisait toujours des remontrances.

L'examen physique montre un amaigrissement du thorax contrastant avec la prééminence de l'abdomen, une légère atrophie musculaire portant sur les mollets. La langue est saburrale ; le tremblement des extrémités est très discret ; les réflexes tendineux sont vifs ; la tension artérielle est à 15-9. L'E.E.G. montre un tracé rigoureusement normal constitué d'un alpha de 9 c/s, abondant, régulier, symétrique en fuseaux, d'amplitude normale. Bonne réaction d'arrêt. Pas d'anomalies. L'hyperpnée est sans action. La S.L.I. provoque un entraînement occipital normal et symétrique.

La cure de désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine, vitamines B₁, C, PP ; elle est suivie de la cure de Disulfiram que le malade accepte de mauvaise grâce. Au cours des « épreuves vin », le malade a toujours vomi, mais il s'agissait de vomissements provoqués. Nous avons retenu une lettre du malade qu'il envoyait à sa mère pour lui reprocher de l'avoir fait interner. Il se plaignait aussi de son incompréhension à son égard et lui déclarait : « S'il y a un Bon Dieu, il vous jugera et votre acte n'a pas de pardon ». Dans le service, le comportement du malade a été satisfaisant au début, mais par la suite il prenait plaisir à démoraliser

les autres malades. Il n'a accepté de prendre du Disulfiram que dans l'espoir de hâter sa sortie et tout en protestant qu'il n'était pas un buveur. Comme il n'était pas question de le renvoyer chez lui, nous lui avons trouvé un poste d'homme à tout faire dans une maison de repos des environs. Il a pris l'engagement écrit de continuer son traitement au Disulfiram.

Le malade sort après quatre mois de séjour ; il quitte assez rapidement le département et ne peut plus être suivi. Selon nos derniers renseignements, sa tempérance a été de courte durée.

En résumé, il s'agit d'un sujet déséquilibré, très égocentrique et amoral. Il n'a jamais admis ses excès éthyliques et a refusé toute participation active à une cure de désintoxication. Sa rechute a été très rapide.

OBSERVATION N° 13

M. T... Alexandre, cinquante ans.

Son père est un ancien ouvrier ; il est en bonne santé, ainsi que sa mère. Après une scolarité médiocre, le sujet échoue au C.E.P., puis fréquente une école professionnelle et devient apprenti électricien. Il exerce son métier en usine et sa consommation de vin est alors d'un litre par jour. Après le service militaire, le sujet retrouve sa place en usine et fait la connaissance d'une jeune fille qu'il épouse en 1930. De ce mariage naîtra une fille. Les relations conjugales se détériorent rapidement, car le sujet reproche à sa femme d'avoir un amant et elle lui fait des remontrances sur son intempérance.

En 1934, le sujet déjà séparé de sa femme contracte un rengagement dans l'armée et continue à boire du vin rouge. Une bagarre avec un officier lui vaut une condamnation de trois ans de prison prévotale. En 1942, au terme de son engagement militaire, il revient chez lui, divorce et reprend son métier d'électricien.

En 1947, le sujet se remarie mais abandonne sa femme une semaine après le mariage. Une dysharmonie sexuelle semble être à l'origine de cette rupture ; le sujet prétend que sa femme ne voulait pas avoir de rapports sexuels avec lui. Dès lors, il augmente encore sa consommation de boisson. Hospitalisé peu après en service spécialisé, pour des céphalées, il est rapidement considéré comme un alcoolique et son internement est décidé.

Depuis 1948, le malade est hospitalisé dans le service. Son comportement était très satisfaisant au début de l'hospitalisation ; mais par la suite le sujet a dû être isolé la nuit, car il manifestait des tendances homosexuelles qu'il n'a d'ailleurs jamais reconnues. En 1949, le malade avait réussi à boire dans l'hôpital et avait présenté un court épisode d'excitation psychomotrice. En 1952, à la faveur d'une sortie d'essai, le malade s'était enivré et avait provoqué une bagarre qui a nécessité son retour à l'hôpital.

Actuellement, le malade est calme ; il reconnaît bien ses excès éthyliques antérieurs et s'occupe activement dans les services généraux de l'hôpital. Depuis trois mois, il suit une cure de Disulfiram, ce qui permettra d'envisager sa sortie.

En résumé, il s'agit d'un débile mental léger, buveur de longue date, violent lorsqu'il a bu. Deux expériences conjugales qui ont

rapidement échoué, semblent expliquer, en partie, son intoxication. Actuellement, le sujet suit une cure de Disulfiram et son comportement est satisfaisant. Si un milieu d'accueil réalisant toutes conditions d'encadrement désirables pouvait lui être offert, une sortie d'essai serait tentée.

OBSERVATION N° 14

M. A... Jean, soixante ans.

Son père, chef de gare dans une grande ville, n'était pas buveur ; il est décédé ainsi que sa mère. A l'âge de quatre ans, le sujet éprouve une grande émotion et depuis il est bègue, alors qu'il ne présentait auparavant aucun défaut d'élocution. Il accomplit une scolarité brillante jusqu'au baccalauréat (mathématiques élémentaires). Cependant, il est handicapé lors des examens par son bégaiement et, pour vaincre son appréhension, il a pris l'habitude de boire du vin rouge avant de se présenter aux épreuves orales.

En 1915, à dix-neuf ans, le sujet s'engage pour la durée de la guerre et lorsqu'il est au front, il est obligé de boire pour ne pas passer pour un original. Après la guerre, il reprend ses études de mathématiques et, en 1920, il entre à l'Ecole Polytechnique. Il boit désormais par habitude et il augmente sa consommation lorsqu'il passe des examens ou des concours, car il a remarqué que le vin lui donnait de l'assurance et atténuait son bégaiement. De plus, le malade se sent souvent « au-dessus du tonus des autres » et la boisson fait disparaître ce sentiment d'infériorité. A sa sortie de Polytechnique, le malade choisit de faire carrière dans l'artillerie coloniale et ses séjours à la colonie ne font qu'entretenir sa consommation de boissons alcoolisées.

En 1939, le sujet rentre en France, retour d'Indochine. Agé de quarante-trois ans, il songe à se marier et pense alors à une jeune fille de vingt ans parente très éloignée. Fait curieux, lors de sa première communion, cette jeune fille avait été habillée par la mère du malade. A partir de ce souvenir, le sujet bâtit toute une vision idéaliste et finit par identifier sa future femme à sa mère. Le mariage est décidé contre la volonté des beaux-parents. Il semble bien que très tôt le malade soit revenu de ses illusions et que l'harmonie n'ait plus régné dans le ménage. Sa consommation alcoolique a peu diminué après cette union, dont naîtront deux enfants. Peu après son mariage, il est envoyé sur le front des opérations en France et en juin 1940, commotionné lors d'un bombardement aérien, il est hospitalisé pendant trois mois. Un an plus tard, il demande sa mise à la retraite et se trouve alors très désœuvré. En 1942, sa femme commet trois petits vols utilitaires et le sujet en est très affecté. Dès cette époque, on parle de divorce.

En 1945, le malade entre comme ingénieur dans une usine de la région ; il y restera deux ans. Dès le retour des boissons alcoolisées, il recommence à boire assez modérément, mais commet quelques excès correspondant à des périodes d'asthénie.

En 1949, le malade suit une cure de désintoxication ambulatoire par injection d'alcool intraveineux, à la suite de laquelle il reste abstinent un an, mais il se sent alors très fatigué. Tous les deux ou trois mois, il se sentait énervé pendant quelques jours, parlait fort et se montrait autoritaire.

En 1953, il entre en clinique pour désintoxication éthylique réalisée par strychnine et Disulfiram. Il reste alors six mois sans boire, mais il est toujours fatigué et déprimé au point de rester souvent au lit vingt heures sur vingt-quatre ; puis, il recommence à boire.

En 1954, il séjourne deux mois dans une autre clinique. Une encéphalographie gazeuse montre alors une image d'atrophie corticale et selon le malade le diagnostic de neurasthénie sénile précoce est porté. En ressortant, le sujet se remet à boire.

Le 24 septembre 1956, après avoir bu beaucoup, il menace sa femme et casse du mobilier chez lui ; il est alors interné.

Le 25 septembre 1956, le malade entre dans le service.

Sa présentation est correcte. L'élocution est gênée par un bégaiement tonique. L'orientation temporelle est déficiente. Le malade ne cache pas son intempérance, mais nie les troubles du comportement. Il présente des troubles de la mémoire, mais pas du jugement. Il se plaint de son bégaiement, qui l'a handicapé durant toute sa vie, et de son manque de sommeil. Evoquant ses cures de désintoxication antérieures, le malade déplore le manque de fermeté de sa femme qui cessait de lui donner du Disulfiram lorsqu'elle le voyait triste. Le malade se décrit comme un déprimé périodique, buvant lorsqu'il se jugeait « au-dessous du tonus des autres ». Selon sa femme, le malade, jadis affectueux, est maintenant très renfermé. Lorsqu'il avait bu, il dilacerait ses vêtements avec une lame de rasoir et cassait du mobilier ; de plus, il était obscène en gestes et en paroles et quelquefois menaçait sa femme. Selon cette dernière, il présente depuis deux ou trois ans un léger déficit intellectuel et moral. Il buvait souvent trois litres de vin rouge par jour.

L'état physique du sujet est assez satisfaisant. Les conjonctives sont subictériques. Le tremblement des extrémités est assez net. La langue est sale et trémulente. Les réflexes rotuliens sont vifs ; la pression des mollets réveille une douleur. Les bruits du cœur sont rapides ; la tension artérielle est à 13-9.

L'E.E.G. montre un rythme de base de 9 c/s, abondant, peu ample, irrégulier, sensiblement symétrique. La réaction d'arrêt est bonne. Il existe quelques rythmes bêta peu amples sur les régions centrales. L'hyperpnée n'active pas le tracé. La S.L.I. provoque un léger entraînement occipital symétrique. En conclusion, le tracé est sensiblement normal.

La cure de désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine et vitamines. Elle est suivie de la cure de déconditionnement au Disulfiram, qui n'est malheureusement pas instituée dans des conditions idéales, car au cours des entretiens psychothérapiques le sujet ne manifeste aucun désir de coopération. Il reconnaît volontiers ses excès. Il en attribue une partie des causes à l'attitude de sa femme et par ailleurs il pense impossible de le guérir de ses phases de dépression périodiques. Enfin, dernier argument, il estime qu'à son âge, il lui reste peu d'années pour profiter de la vie et que s'il meurt rapidement du fait de ses excès il ne laissera pas sa famille dans le besoin.

D'autre part, la femme du malade désire bien que son mari ne boive plus, mais elle nous a paru peu équilibrée, versatile et subissant l'ascendant de son mari. Celui-ci exerce en particulier sur elle le chantage à la nourriture, déclarant qu'il ne peut pas manger sans boire ; aussi pour le voir manger, elle lui donne à boire et cesse l'administration du Disulfiram. On ne peut donc attendre d'elle aucun

secours psychothérapique, malgré ses promesses. De plus, elle reproche toujours à son mari sa « sclérose cérébrale ».

Le sujet quitte le service après deux mois de séjour. Une cure d'entretien au Disulfiram lui a été vivement conseillée ; un traitement destiné à maintenir son état général lui a été prescrit. Il a aussi été invité à venir consulter aussi souvent qu'il en éprouverait le besoin. Malgré ces précautions, il est probable que ces conseils ne seront pas suivis et qu'il recommencera ses excès.

En résumé, il s'agit d'un sujet au passé intellectuel brillant, dont le mariage tardif ne s'est pas révélé heureux. Des habitudes d'intempérance contractées en milieu colonial ont été renforcées par une mésentente conjugale et la présence d'épisodes dépressifs de type asthénique. De plus, chez ce sujet, on commence à soupçonner les premiers petits signes d'annonce d'affaiblissement intellectuel, objectivé notamment par un début d'atrophie cérébrale. Il semble que la cure de désintoxication n'aura pas d'effets durables.

OBSERVATION N° 15

M. L... Marceau, quarante-cinq ans.

Son père est un ancien boucher. Il est actuellement en bonne santé ainsi que sa mère. Son père et son grand-père ont toujours bu du vin rouge en assez grandes quantités. Il a passé son enfance dans l'Eure. Le malade a trois frères et sœur, qui sont en bonne santé. Il a fréquenté l'école primaire jusqu'à treize ans, sans obtenir le C.E.P. De treize à dix-sept ans, il est apprenti dans une scierie, puis devient employé dans une compagnie de gaz. A vingt et un ans, il accomplit son service militaire, sans incidents notables, puis il revient travailler à la Compagnie du Gaz. Il habite alors chez ses parents.

En 1936, à vingt-cinq ans, il se marie et de cette union naîtront cinq enfants, dont l'aîné a dix-sept ans et le plus jeune deux ans. En 1939, il part à la guerre, puis est fait prisonnier. En 1945, il revient de captivité et retrouve sa place. Il semble qu'il ait commencé à boire dès cette époque. Comme il n'a pas de logement en ville, il installe sa famille à la campagne et va la rejoindre tous les soirs. En 1951, le malade est hospitalisé en service spécialisé pour un épisode dépressif. A cette époque, il buvait un peu mais, à sa sortie de l'hôpital, il reste deux ans sans boire.

Depuis 1953, le malade s'est remis à boire du vin rouge et ces derniers temps il buvait deux litres par jour. Il revenait tous les soirs chez lui et c'est surtout pendant le trajet qu'il buvait avec des camarades. Il était ivre deux ou trois fois par semaine. Dès qu'il a bu, il est très menaçant envers sa femme et ses enfants. Il les insulte grossièrement. Il s'en prend surtout à son fils aîné et lui reproche de n'être pas son fils. Dans son dernier accès d'excitation, il a même déclaré qu'aucun de ses enfants n'était de lui et que sa femme couchait avec son fils aîné. Il avait aussi quelquefois cassé du mobilier. Parfois, il s'en prenait aux livres et aux cahiers de ses enfants ; il a même brûlé quelques-uns de ces livres.

En janvier 1955, il est hospitalisé un mois en service spécialisé pour désintoxication éthylique. A la suite de cette hospitalisation, il reste cinq mois sans boire, puis il accepte un verre et recommence à boire comme auparavant. Lorsqu'il n'a

pas bu, il s'entend bien avec sa femme et n'exprime aucune idée de jalousie. Les scènes de ménage recommencent, son sommeil devient très léger, entrecoupé de cauchemars et de cris.

Le 1^{er} février 1956, le malade entre dans le service ; il est très calme et poli. Il est bien orienté, reconnaît qu'il buvait trop en revenant de son travail et qu'il était souvent grossier envers sa femme et ses enfants. Il ne cache pas ses disputes avec son fils aîné, mais les attribue aux réflexions que faisait son fils sur son intempérance. Il n'exprime aucune idée de jalousie ni spontanément ni lorsque nous l'interrogeons sur sa vie conjugale. Il ne récrimine pas non plus contre sa femme et ne lui reproche pas son internement.

Son état physique est satisfaisant. Il présente un léger tremblement des extrémités. Le foie est difficilement palpable. L'abdomen est un peu proéminent, mais il n'existe pas d'ascite. On note une légère obésité. Il n'y a pas d'atrophie, ni d'asymétrie musculaire. La force segmentaire ne semble pas diminuée. On note une hyper-réflexivité tendineuse généralisée et modérée. Les réflexes cutanés sont un peu exagérés. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Les bruits du cœur sont réguliers. La tension artérielle est à 14-9. L'E.E.G. montre un rythme de base alpha de 9 c/s, abondant et symétrique. La réaction d'arrêt est bonne. Il existe en permanence de nombreuses irrégularités diffuses. La région T.O. droite est en outre le siège d'éléments anormaux : ondes lentes très irrégulières évoquant parfois un delta polymorphe accompagné de quelques accidents très pointus. L'hyperpnée n'active pas le tracé sensiblement. La S.L.I. provoque un léger entraînement occipital symétrique. En conclusion : anomalies diffuses à prédominance postérieure droite. Evolution à apprécier par un nouvel E.E.G. dans deux ou trois mois. Malheureusement, cet examen ultérieur n'a pu être effectué.

La cure de désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine, vitamines B₁, C, PP, suivie de la cure de déconditionnement au Disulfiram dont l'efficacité est contrôlée par quatre « épreuves vin ». Au cours d'une séance de narco-analyse, le malade exprime très nettement ses idées de jalousie et ses doutes concernant ses paternités. De plus, cet examen met en évidence un fond anxieux. Dans le service, le comportement du malade a toujours été satisfaisant. Dès les premiers jours, il demandait à s'occuper et il ne dissimulait pas ses torts. Sa femme qui voulait se séparer de lui accepte de reprendre la vie commune.

La sortie est accordée après trois mois de séjour. Le malade continuera à prendre du Disulfiram et reviendra en consultation. Malheureusement, la sortie n'est pas effectuée dans des conditions idéales, car, peu après, sa femme a été contrainte, pour raison de santé, de s'absenter plusieurs jours. Nous revoyons le malade, trois mois après. Il affirme ne pas boire et prendre ses comprimés. La vie familiale est de nouveau paisible. Deux mois plus tard, nous apprenons que son comportement est toujours satisfaisant.

En résumé, il semble que ce sujet ait été « marqué » par sa captivité. Actuellement, il reste abstinent parce qu'il prend de l'Espéral et parce qu'il craint de perdre sa place. Il revient consulter à contre-cœur. Il ne manifeste plus de préoccupations délirantes concernant sa femme et ses enfants, mais elles existent certainement encore. Ce sujet reste à la merci du moindre à-coup.

C) MALADES DU GROUPE III

Il s'agit de malades dont la constitution psychique (asthénique, maniaco-dépressive, etc.) explique en grande partie l'intoxication.

OBSERVATION N° 16

M. L... Gabriel, cinquante ans.

Le père du malade, facteur, est décédé à soixante-treize ans, de congestion cérébrale. Sa mère est décédée à soixante-six ans, d'urémie. On ne retrouve pas de maladie grave dans son enfance. Il a fréquenté l'école primaire et passé facilement le C.E.P. Ensuite, il suit des cours par correspondance pour entrer dans les P.T.T. Il devient facteur puis abandonne le métier et devient cultivateur. En 1927, il accomplit son service militaire, sans incident notable. Le malade ne s'est jamais marié, mais ne peut dire exactement pourquoi. Il vit avec sa sœur jumelle qui lui semble très attachée.

En 1936, il fait une saison à Nérès-les-Bains, pour « dépression nerveuse ». Il n'a jamais été hospitalisé. Le malade a toujours bu du vin rouge en assez grande quantité et chez lui il était soigné pour le foie. Il vit en très mauvaise intelligence avec ses voisins et lorsqu'il a bu il se dispute avec eux. Le 5 mai 1955, alors qu'il se trouvait en état d'ivresse, il profère des menaces de mort contre ses voisins qui préviennent la gendarmerie. Le malade renouvelle alors ses menaces contre les gendarmes, qui ne peuvent s'en saisir qu'après une lutte acharnée. Sur ordre du Procureur de la République, le malade est alors interné d'office.

Le 6 mai, le malade entre dans le service. Il est très calme, bien orienté et ignore pourquoi il est venu. Il s'exprime très bien et nie avoir menacé ses voisins ou en avoir eu seulement l'intention. Lorsque nous l'interrogeons sur sa consommation de boisson, il répond : « Je buvais mon nécessaire » ; il avoue qu'il s'énivrerait quelquefois « comme tout le monde ». Il se plaint de son foie pour lequel il est traité depuis plusieurs années. Sa sœur que nous voyons proteste contre son internement ; elle reconnaît qu'il buvait mais assure qu'il buvait seulement pour se consoler de l'attitude malveillante de ses voisins.

L'état physique du malade est satisfaisant ; les bruits du cœur sont rapides mais réguliers. La tension artérielle est à 15-10. Les réflexes rotuliens sont un peu diminués. Les réflexes achilléens sont très diminués. Le tremblement des extrémités est très marqué. Le foie est sensible à la palpation. Le malade se plaint aussi de céphalées et d'insomnies. Les tests hépatiques sont négatifs.

La cure de désintoxication est aussitôt entreprise : strychnine, vitamines, suivie du traitement au Disulfiram. Lors d'une « épreuve vin », on note une tachycardie à 150 accompagnée de malaises très accentués. Le lendemain, tout est rentré dans l'ordre. Dans le service, le comportement du malade a été satisfaisant. Se mêlant assez rarement aux distractions des autres malades et se préoccupant beaucoup de sa santé, il s'occupait volontiers dans le service.

Après quatre mois de séjour, la sortie est accordée. Le malade continuera à prendre du Disulfiram et reviendra en consultation. Il n'est jamais revenu consulter.

Un an après sa sortie, en réponse à une demande de renseignements, sa sœur nous informe que sa santé est satisfaisante et qu'il se comporte bien.

En résumé, il s'agit d'un asthénique de longue date qui, en outre, paraît vivre en état de dépendance vis-à-vis de sa sœur. Son asthénie probablement constitutionnelle et sa malévolition affective l'ont amené assez tôt à boire. De plus, des disputes de voisinage avaient entraîné un accroissement de sa consommation. La désintoxication semble avoir été efficace, tout au moins tant que sa sœur sera près de lui.

OBSERVATION N° 17

M. G... Antoine, cinquante-quatre ans.

Ses parents, cultivateurs, sont décédés. Il a une sœur qui est en bonne santé. Jusqu'à treize ans, il a accompli une scolarité médiocre sans obtenir le C.E.P. Ensuite, il travaille dans l'agriculture avec ses parents. En 1922, il est appelé au service militaire et dès son retour reprend son travail auprès de ses parents. En 1930, il se marie. De cette union, naîtra une fille, qui est actuellement mariée. Il exploite quelque terres, aidé de sa femme. Il ne cultive pas de vigne. Il est très travailleur et boit peu. Avec sa femme, il est très autoritaire et se met facilement en colère. Sa femme est très douce et compréhensive, mais elle est un peu effacée et n'a aucune autorité sur son mari.

En 1945, lorsque disparaît le rationnement du vin, il se met à boire du vin rouge en assez grandes quantités. Il fait venir chez lui le vin par tonneau de 120 litres et, dès lors, il passe son temps à boire et à dormir même si à ce moment là il a de gros travaux agricoles à effectuer. En général, il boit alors quatre litres de vin rouge par jour. Lorsque le tonneau est terminé, le malade reste quelques jours sans boire ; il se met à travailler, puis il achète un nouveau tonneau et recommence.

En novembre 1951, le malade est soigné chez lui pour une crise de delirium tremens (selon sa femme). En juillet 1952, il est hospitalisé en clinique pour une cure de désintoxication. A la suite de cette cure, il reste un an sans boire, puis recommence progressivement pour atteindre de nouveau la même consommation qu'auparavant. En 1954, il présente de courts épisodes d'agitation. Le malade a toujours l'habitude de boire beaucoup lorsqu'il a du vin chez lui. Il mange très peu, boit beaucoup, va se coucher et dès son réveil recommence à boire. Sa femme essaye, mais en vain, de le rationner. Il néglige, pendant l'été 1955, tous ses travaux agricoles. Il a maigri de 8 kg en six mois. Sa femme inquiète de cet amaigrissement et de son incurie demande son internement.

Le 3 août 1955, le malade entre dans le service. Il est calme, bien orienté et met son hospitalisation sur le compte de la fatigue. Il ajoute qu'il a bu quelques verres de vin pour se remettre de cette fatigue. Ses facultés intellectuelles ne semblent pas altérées. Il avoue qu'il a été soigné en clinique en 1952 « pour les nerfs », mais ne rattache pas cette hospitalisation à une étiologie précise. Il reconnaît qu'il buvait un peu car le travail est dur dans la culture.

Son état physique est médiocre ; il paraît bien dix ans de plus que son âge. Il est très pâle et très amaigri. Sa démarche est très hésitante et il demande vite à aller se coucher car il se sent très fatigué. Il se plaint aussi de crampes musculaires. Tout son corps est animé de tremblements généralisés, son élocution est difficile, les bruits du cœur sont réguliers, la tension artérielle est à 18-10. Les réflexes ostéo-tendineux sont très vifs. Il existe aux mollets une atrophie musculaire importante. Le foie est ptosé et douloureux. Une numération globulaire montre une anémie modérée à 4.200.000 globules rouges. Les tests de Hanger, Gros, Mac Lagan sont positifs. La désintoxication est entreprise : strychnine, vitamines C, PP, extraits hépatiques injectables. Elle est suivie du traitement au Disulfiram, contrôlé par trois « épreuves vin ». Trois jours après son entrée, le malade présente un syndrome excito-confusionnel ; il est très agité et désorienté ; il cherche à partir pour aller chez lui. Il a aussi des hallucinations auditives. Il entend sa femme près de lui qui l'appelle et il cherche à aller la rejoindre ; nous lui donnons de la chlorpromazine et en trois jours tout rentre dans l'ordre. Son comportement devient alors très satisfaisant ; il travaille aux ateliers médicaux et il se montre très satisfait d'être occupé.

Une sortie d'essai est tentée après un mois et demi de séjour ; le malade continuera à prendre du Disulfiram. Il revient en consultation un mois plus tard : il est en très bon état physique. Il ne boit pas et continue à suivre son traitement. Un an après sa sortie, nous apprenons que le malade ne suit plus son traitement depuis trois mois, mais il ne boit pas de vin rouge. Il travaille régulièrement.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a pris depuis une dizaine d'années l'habitude de boire seul et qui passait la majeure partie de son temps à boire. Actuellement, il a quitté l'hôpital depuis un an et il reste toujours abstinant. Il faut noter le rôle important de sa femme qui, douce et compréhensive, a facilité sa rééducation.

OBSERVATION N° 18

M. T... Marian, quarante-huit ans.

Le malade est de nationalité polonaise. Son père, ingénieur agronome, est décédé en 1921. Il a eu une enfance heureuse dans une famille aisée. Il a poursuivi des études secondaires jusqu'à dix-sept ans. A dix-neuf ans, il a suivi les cours d'un institut d'agronomie tout en s'intéressant à un cours de radio-électricité. A vingt et un ans, il accomplit son service militaire et revient s'occuper de l'exploitation agricole familiale.

En 1939, il fait la guerre en Pologne, comme lieutenant. Après la défaite, il réussit à venir en France : il combat avec l'armée française, est fait prisonnier, s'évade et organise un maquis dans la Vienne. Il fait la connaissance d'une jeune fille qu'il épouse en 1950 et vient vivre avec elle dans la région. De ce mariage naîtront trois enfants (en 1950, 1952, 1954).

Il travaille comme radio-électricien chez des dépanneurs de T.S.F. De plus, il peint des tableaux et il arrive quelquefois à en vendre. Le malade se prétend très habile dans son métier, mais en réalité il a été souvent renvoyé de ses places pour

incapacité et pour éthylisme. Le malade admet très difficilement d'être commandé et il n'est pas non plus très courageux pour le travail. Depuis trois ans, il est pratiquement sans travail, sinon, pendant de très courtes périodes. Selon sa femme, le malade est très insouciant, ne se préoccupant jamais des ressources du ménage, restant couché des journées entières sans raison. Il était très vaniteux et menteur, croyant posséder des dons artistiques étendus et une capacité professionnelle exceptionnelle. Il lui arrivait aussi souvent de partir de chez lui en prétendant qu'il allait travailler alors qu'il passait sa journée dans des cafés. Depuis 1953, sa consommation de vin était en général de l'ordre de un litre par jour, mais il ne le supportait pas et était très vite excité. Il ne battait pas sa famille, mais terrorisait ses enfants par ses éclats de voix. Les derniers temps, son incurie était totale, il buvait, se couchait et se relevait pour boire.

En 1954, il a suivi une cure de désintoxication (vitamines B₁, PP et extraits hépatiques). Il est resté six mois sans boire, puis a recommencé. C'est surtout depuis cette époque qu'il abandonne toute activité professionnelle. On note aussi une exagération de l'instinct génésique. Il exige de sa femme, chaque jour, cinq ou six rapports sexuels.

En mars 1956, au cours d'un épisode dépressif, il a voulu s'asphyxier en entraînant ses enfants. Sa femme, inquiète, avait demandé une séparation de corps. A la suite de cette demande, le malade l'avait menacée de tuer ses enfants. Sa femme a alors déposé une plainte et le placement d'office est envisagé.

Le 17 mars 1956, le malade entre dans le service. Il est calme, bien orienté. Il s'exprime très bien et il est loquace ; il est très poli et même trop poli. Il reconnaît son intempérance et la regrette, mais il en rejette la responsabilité sur sa femme qui est trop autoritaire. Au point de vue professionnel, il passe sous silence ses longues périodes de chômage, mais il s'étend avec complaisance sur sa haute compétence en radio-électricité et dans bien d'autres domaines.

L'état physique du malade est satisfaisant. Il présente un tremblement marqué des extrémités. Le foie n'est pas douloureux à la palpation. La tension artérielle est à 12-7. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. Le malade présente une bronchite chronique qui n'évoluera pas durant son hospitalisation.

La désintoxication est entreprise : strychnine, vitamines B₁, C, PP. Elle est suivie du traitement au Disulfiram, contrôlé par trois « épreuves vin ». Dans le service, le comportement du malade est satisfaisant. Il est très serviable envers les autres malades. Il dessine dans sa chambre, puis il s'occupe à peindre des tableaux, mais il veut entreprendre de trop nombreuses activités (électricité, sculpture sur bois...).

Pendant son hospitalisation, le malade a présenté deux courts épisodes dépressifs avec préoccupations exagérées de sa santé. Il s'était enrhumé et, lors du premier épisode, il se croyait tuberculeux ; lors du deuxième épisode, il pensait être atteint d'un cancer au poulmon.

Le malade sort après trois mois de séjour. Il continuera à prendre du Disulfiram. Un mois plus tard, une lettre de sa femme nous informe qu'il travaille régulièrement, qu'il prend ses comprimés et ne boit pas. Il est suivi au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

En résumé, il s'agit d'un sujet présentant un déséquilibre psychique. En outre, c'est un déraciné chez lequel il existe probablement une certaine déchéance sociale. Dans le service, il a présenté deux épisodes dépressifs, avec préoccupations hypocondriaques et asthénie, et c'est lors de ces périodes, semble-t-il, qu'il se met à boire. Pour que l'efficacité de sa cure de désintoxication soit durable, il est nécessaire de maintenir ce sujet sous surveillance médicale étroite, ce que nous réalisons par le Dispensaire d'Hygiène Mentale.

OBSERVATION N° 19

M. G... Henri, trente et un ans.

Son père, cultivateur, est en bonne santé, ainsi que sa mère. Il a un frère en bonne santé et une sœur infirme. Il a effectué des études primaires médiocres, jusqu'à l'âge de douze ans, puis, a été placé comme ouvrier agricole. Vers l'âge de dix-neuf - vingt ans, il commence à boire du vin rouge en grandes quantités, par entraînement. Il n'accomplit pas de service militaire car sa classe n'est pas appelée.

A vingt et un ans, il épouse une jeune fille de son pays. De cette union, naîtront trois enfants âgés actuellement de neuf à deux ans. Il s'embauche dans une usine comme chauffeur de chaudière. Rapidement, les relations conjugales sont tendues. Le malade accuse sa femme d'être dépensière et de ne pas savoir tenir son ménage. Celle-ci lui reproche son intempérance. De plus, la mère du malade et sa femme ne s'entendent pas très bien, et le malade est irrité de ce désaccord. Le ménage est mal logé et le malade passe plus de temps au café que chez lui. Les disputes avec sa femme deviennent fréquentes ; de plus, lorsqu'il a bu, il fait fréquemment du tapage et des menaces surtout envers le receveur des postes.

Au début de 1954, le malade est hospitalisé trois semaines en service spécialisé pour désintoxication éthylique. En sortant de l'hôpital, il reste six mois sans boire puis recommence. Ce sont de nouveau des scènes de ménage et des menaces. A la fin de 1954, le malade est rehospitalisé, mais sans succès durable et l'internement est demandé.

Le 12 janvier 1955, le malade entre dans le service. Il est assez calme. Il reconnaît partiellement ses excès éthyliques, mais en rejette toute la responsabilité sur sa femme. Il reconnaît avoir été vif en paroles, mais assure n'avoir frappé personne. Le malade est un débile mental et sa mauvaise foi en matière éthylique est évidente. Nous avons pu voir sa femme et il est bien exact qu'elle ne semble pas posséder de grandes qualités de femme d'intérieur.

L'examen physique du sujet montre un tremblement menu des extrémités, des réflexes ostéo-tendineux vifs. Le foie n'est pas douloureux. La tension artérielle est à 12-8. Le cœur est rapide mais régulier. La désintoxication est aussitôt entreprise ; elle est suivie de la cure de Disulfiram qui est commencée avec le consentement du malade. Le 7 avril 1955, la sortie est autorisée. Le malade continuera à prendre du Disulfiram et sera sous la surveillance périodique du service social. Peu de temps après sa sortie, le malade cesse de prendre ses médicaments. En décembre 1955, il présente un état d'excitation atypique. Il jette son mobilier à la

rue, perturbe la circulation sur une route nationale voisine et recommence à s'énivrer. Il est réhospitalisé en service spécialisé. Le 9 janvier 1956, il revient dans le service. Il est très arrogant, répond brièvement à nos questions en affectant un air de bouderie et de supériorité. L'E.E.G. montre un tracé subnormal, sans anomalies focales. Il nie énergiquement tous ses excès éthyliques et refuse tout traitement anti-alcoolique. Dans le service, le malade refuse de s'occuper et passe son temps à réclamer sa sortie et à protester contre nos refus. Après quatre mois de séjour, le malade accepte de reprendre du Disulfiram, mais uniquement parce que nous ne lui accordons pas sa sortie. Une « épreuve vin » est pratiquée. Six mois après sa rentrée, se déclenche un accès maniaque qui est rapidement contrôlé : le Disulfiram est arrêté. Le sujet redevient peu à peu normal, mais il est gardé dans le service ; aucune condition correcte de réinsertion sociale ne pouvant lui être offerte.

En résumé, il s'agit d'un débile mental chez lequel il existe en outre des manifestations périodiques d'excitation psychomotrice de type maniaque. De plus, il est affligé d'une femme incapable de réaligner l'état de santé de son mari, ni de tenir correctement son ménage ; enfin, il n'a jamais eu de logement convenable.

OBSERVATION N° 20

M. F... Auguste, quarante-cinq ans.

Ses parents, cultivateurs, sont décédés. Son père aurait été soigné en hôpital psychiatrique. Après une scolarité primaire satisfaisante, sanctionnée par le C.E.P., obtenu facilement, le sujet séjourne deux ans dans une école pratique d'industrie et devient ajusteur. Il exerce ce métier en usine jusqu'à son départ au service militaire. Pendant son service, il fait une chute sur la tête et se trouve réformé avec un taux d'invalidité de 70 % pour céphalées et crises anxieuses. Lorsqu'il était sous les drapeaux, il entretenait une correspondance suivie avec une jeune fille qu'il pensait épouser, mais à son retour elle était enceinte et fiancée à un de ses camarades.

Ce sujet boit depuis sa jeunesse par entraînement, mais il boit rarement, car il sait qu'il est très querelleur lorsqu'il a bu. Ce malade vivait avec sa mère et sa sœur jusqu'au décès de sa mère. Il exploitait les terres familiales et exerçait aussi le métier de forgeron.

En 1934, à vingt-trois ans, le sujet est hospitalisé trois mois dans le service pour un épisode dépressif. Un an plus tard, il est réhospitalisé pour le même motif. En 1946 et 1947, le malade est interné deux fois pour état maniaque avec appoint éthylique. En 1955 et 1956, trois hospitalisations sont motivées par des épisodes d'agitation avec excès éthyliques.

Le 16 août 1956, le malade entre de nouveau dans le service. Ce malade calme, lucide, est bien orienté. Il semble un peu anxieux et déprimé, ce qui contraste avec sa présentation lors des internements antérieurs ; mais le malade vient d'un autre hôpital où il a suivi une cure de désintoxication éthylique pendant un mois. Il déclare qu'il boit seulement lorsqu'il est entraîné, car il sait que la boisson ne

lui réussit pas. Il incrimine aussi du surmenage et des contrariétés à l'origine de ses excès éthyliques. En réalité, le sujet buvait un litre de vin par jour et deux ou trois lorsqu'il était déprimé.

L'examen somatique montre un état général assez bien conservé. On note un tremblement menu des extrémités ; les réflexes ostéo-tendineux sont normaux ; les bruits du cœur sont réguliers mais rapides. La tension artérielle est à 12-8 : quelques râles de bronchite sont perceptibles dans les deux champs pulmonaires. L'E.E.G. montre un rythme de base de 11 c/s, abondant, symétrique. La réaction d'arrêt est bonne. L'élément caractéristique de ce tracé consiste en anomalies fronto-temporales gauches ; delta polymorphe entremêlé de petites pointes isolées ; les accidents diffusent peu à peu à la région homologue droite. L'hyperpnée a peu d'action. La S.L.I. provoque un léger entraînement temporal symétrique. En conclusion : dis-crètes anomalies fronto-temporales gauches.

Il ne lui est pas prescrit de cure de désintoxication puisqu'il vient d'en suivre une dans un autre hôpital. Dans le service, le comportement du malade est très satisfaisant ; il s'occupe actuellement aux ateliers médicaux.

En résumé, il s'agit d'excès éthyliques au début d'accès dépressifs ou d'excitation chez un maniaco-dépressif. L'absence d'encadrement professionnel et l'insuffisance de l'appui familial ne permettront pas une réadaptation dans des conditions très favorables.

OBSERVATION N° 21

M. C... Jean, cinquante-neuf ans.

Ce malade tenait jusqu'en 1950 un commerce de droguerie. Il est marié et a un fils. Il a participé à la fin de la guerre 1914-1918 et est revenu avec des ulcères variqueux aux deux jambes : il bénéficie d'une pension d'invalidité.

De 1931 à 1954, le malade a été hospitalisé huit fois dans des hôpitaux psychiatriques pour des excès dipsomaniaques, liés en fait à des épisodes dépressifs caractérisés. En temps normal, ce malade buvait du vin, mais en petite quantité (un demi-litre à un litre par jour) et il se portait très bien. Lors de ses accès dipsomaniaques, il se mettait à boire du vin et de l'alcool à 90° ou de l'alcool à brûler s'il en avait à portée de la main. Pendant ces périodes, il se livrait même à la mendicité pour s'acheter à boire. A la suite de ces excès, il restait hébété et confus, mangeant à peine, négligeant sa toilette, ne s'occupant pas de son travail. Lors de deux accès, il s'était montré assez agité. Ces accès avaient motivé huit internements pendant lesquels le malade avait été désintoxiqué de son absorption massive d'alcool. Lors du dernier internement, le traitement avait consisté en « Curéthyl » et « Disulfiram ». Le malade avait reconnu qu'il buvait trop. Il n'avait jamais exprimé d'idées délirantes. Depuis 1950, sa pension d'invalidité étant alors de 100 %, le malade consacrait tout son temps à de petits travaux de jardinage.

A la suite de son dernier internement en 1954, le malade avait rapidement cessé de prendre le Disulfiram qui lui avait été conseillé et s'était remis à boire du vin rouge, mais toujours en quantités raisonnables. Il était régulièrement suivi à la consultation du Dispensaire d'Hygiène Mentale, et sa femme, informée de l'état de santé de son mari, devait prévenir l'hôpital dès qu'elle s'apercevrait d'une

augmentation de la consommation alcoolique. Le 4 mars 1956, en compagnie de quelques amis, il absorbe du vin blanc et rentre chez lui très énervé et recommence à boire en plus grande quantité. Devant ses excès de boisson, son irritabilité et ses excitations, sa femme le pousse à consulter au Dispensaire d'Hygiène Mentale, qui conseille l'hospitalisation, laquelle est bien acceptée par le malade.

Le 10 mars 1956, le malade entre dans le service. Il est calme et se présente très correctement. Il reconnaît avoir recommencé à boire beaucoup depuis quelques jours et invoque une étiologie qui a peut-être été favorisante : le décès de sa mère. Le malade se plaint des impulsions qui le poussent à boire périodiquement. Il ne présente pas de troubles de la mémoire ni du jugement et semble un peu déprimé.

L'examen physique montre un sujet longiligne, assez maigre. Il n'existe pas de tremblement des extrémités, mais la langue est trémulente. L'abdomen, un peu dilaté et météorisé, ne permet pas la palpation du foie. Un fin réseau de circulation collatérale se dessine sur l'abdomen. Les ulcères variqueux sont presque complètement cicatrisés aux jambes. Le facies est pâle ; les conjonctives un peu décolorées. Le cœur est rapide mais régulier : la pointe étant un peu déviée en dedans. La tension artérielle est à 13-8. Les réflexes ostéo-tendineux sont assez vifs. Le sommeil est très léger. L'appétit est diminué.

Le problème de la thérapeutique est alors envisagé. Il s'agit d'un sujet qui vient de commettre des excès éthyliques, mais ces excès n'ayant duré que quatre ou cinq jours, il ne nous a pas semblé nécessaire de soumettre ce malade au traitement anti-éthylique que nous réservons d'ordinaire à nos alcooliques. Le traitement a donc seulement consisté en la suppression de toute boisson alcoolique et la prise de quelques médicaments pour favoriser son sommeil. Le traitement au Disulfiram n'a pas non plus été jugé utile puisque ce malade à sa sortie, c'est-à-dire une fois son accès dipsomaniaque terminé, ne boira du vin qu'en quantité raisonnable. D'autre part, il a été bien entendu avec sa famille que l'hôpital serait alerté dès que le malade serait agité ou augmenterait sa consommation de boisson. Dans le service, le comportement du malade a été très satisfaisant. L'appétit et le sommeil se sont très rapidement rétablis. Le malade n'a jamais cherché à s'emparer de boissons alcooliques qui étaient d'ailleurs hors de sa portée. Après deux mois de séjour, la sortie est autorisée. Le malade continuera à consulter au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

En résumé, il s'agit d'un malade hospitalisé dans les tout premiers jours d'un neuvième accès dipsomaniaque. Lors de ses accès, l'élément dépressif semble prédominer sur l'élément obsédant. En raison de la faible durée de son excès éthylique, une cure de désintoxication n'a pas été jugée utile. Ce sujet restera sous surveillance médicale et la famille préviendra le médecin dès l'apparition des signes d'alarme.

OBSERVATION N° 22

M. S... Léon, cinquante-sept ans.

Son père, mineur, est décédé à soixante-dix-sept ans. Sa mère est actuellement âgée de quatre-vingts ans. Il a deux frères en bonne santé avec lesquels il est

en mauvais termes. Après avoir effectué une scolarité médiocre jusqu'à douze ans, il a travaillé comme ouvrier agricole, puis comme apprenti boulanger. En 1919, il fait son service militaire. A son retour, il devient boulanger. En 1934, il se marie et a un fils. Lors de la guerre de 1939, il est mobilisé, mais n'est pas fait prisonnier. En 1944, sa femme meurt. Il vend alors sa boulangerie « car le travail était trop pénible » et va travailler en usine.

En 1947, il se remarie avec la personne qui s'occupe de son ménage et dont il a une fille. Le malade boit du vin rouge et du vin blanc depuis longtemps, mais depuis deux ans il a abandonné le vin blanc. Après avoir bu, il est assez violent en paroles et menace sa femme et ses voisins. Il a présenté de petits épisodes dépressifs suivis d'épisodes d'excitation durant lesquels il buvait beaucoup.

En 1953, il est hospitalisé en service spécialisé pour désintoxication éthylique, mais rapidement il recommence à boire. Le 3 août 1955, une deuxième hospitalisation s'impose ; elle est suivie de l'internement.

Le 24 octobre 1955, le malade entre dans le service. Il est jovial, très présent, parle fort et déclare qu'il vient d'un autre hôpital où il était en cure de désintoxication tabagique. Ses précédentes cures de désintoxication sont aussi rattachées à cette même étiologie. Il reconnaît que beaucoup de personnes ont cru que le vin était la cause de sa maladie, mais en réalité il ne buvait pas. Devant notre scepticisme, il déclare qu'en fait il buvait seulement « son nécessaire ». Nous lui faisons ensuite préciser que ce nécessaire était souvent de deux litres par jour, depuis deux ans, mais qu'il était auparavant beaucoup plus élevé. Avec sa femme, il s'entend bien, mais la traite plus comme une servante que comme une épouse. Celle-ci nous signale que son mari ne boit qu'au cours de périodes d'énervement et que, par ailleurs, il lui arrive de rester sans parler et sans s'occuper pendant plusieurs jours.

L'état physique du malade est assez satisfaisant. Il présente une légère exophtalmie congénitale. Ses réflexes ostéo-tendineux sont assez vifs. On note une tremulation de la langue et des muscles de la face, ainsi qu'un tremblement des extrémités. Le foie est rétracté, indolore. On note aussi une circulation veineuse collatérale mais sans ascite. La tension artérielle est à 17-10. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés.

La désintoxication est aussitôt entreprise. Dans le service, le comportement du malade est très satisfaisant. Il travaille aux ateliers médicaux, ne demande pas sa sortie et semble assez indifférent de son sort. Le 7 mai 1956, on commence un traitement au Disulfiram, qu'il accepte, bien que niant tout excès éthylique. Le 18 mai 1956, « épreuve vin ». La réaction est minime. Le 25 mai 1956, deuxième « épreuve vin ». Pendant la réaction, le malade est somnolent mais ne vomit pas. Pendant la soirée, il semble inquiet et apeuré. Cette anxiété disparaît après une nuit de sommeil paisible. Le 9 juin 1956, troisième « épreuve vin ». Pendant la réaction, le malade dort profondément mais ne vomit pas. Pendant quelques jours, le malade reste confus. Le traitement au Disulfiram est suspendu et peu à peu s'installe un état dépressif caractérisé : avec tristesse, semi-inertie. Deux mois plus tard, cet état a régressé, le sujet recommence à mener une vie normale ; puis, peu à peu, son activité devient brouillonne ; il présente une jovialité anormale et au début du mois d'octobre il présente un état d'excitation maniaque caractérisée qui est actuellement en bonne voie d'amélioration.

En résumé, le sujet se présente comme un maniaco-dépressif périodique, se mettant à boire beaucoup lors de l'installation de la phase d'excitation. L'enracinement à l'hôpital psychiatrique est à craindre en raison de la fréquence de plus en plus grande des accès d'excitation et de dépression.

OBSERVATION N° 23

M. L... Victor, quarante-quatre ans.

Le malade est originaire du Nord de la France. Son père était docker et buvait beaucoup. Sa mère est en bonne santé, ainsi que son frère et sa sœur. Jusqu'à douze ans, il a fréquenté l'école primaire et a obtenu le C.E.P. Puis, après quatre années de travail dans une filature, il est devenu docker et l'est resté jusqu'en 1939. Mobilisé en 1939, il est démobilisé en 1940 et se marie. De cette union, naîtront cinq enfants, dont le plus jeune est décédé presque à la naissance, de malformation cardiaque. En 1943, le malade part travailler en Allemagne, mais peut revenir rapidement. De 1944 à 1947, il occupe divers emplois de manœuvre.

En 1947, après une gastrectomie, il change encore d'emploi et devient ouvrier dans une entreprise de démolition et désormais il n'occupera plus aucun emploi stable. Le malade a toujours bu du vin rouge et du café en quantité importante, mais jusqu'ici il n'en a pas ressenti de graves inconvénients pour sa santé. En 1949, à la suite d'une hémoptysie, son médecin traitant aurait porté le diagnostic d'aortite. Il bénéficia ensuite d'une pension d'invalidité du fait de sa déficience cardio-pulmonaire. Selon sa femme, sa consommation quotidienne de vin varie de deux à quatre litres, plus quelques tasses de café. Il était souvent ivre et devenait alors très violent pour sa femme et ses enfants, et les personnes du voisinage. De plus, il se plaignait souvent d'être insulté par ses voisins et il était persuadé qu'ils en voulaient à sa vie. Lors de ses épisodes d'ivresse, il se montrait aussi très jaloux.

En 1952, à la suite d'une fugue nocturne, il est hospitalisé en service spécialisé pour hallucinations et anxiété qui seront traitées par une cure de sommeil. Il quitte le service sans autorisation médicale. En 1953, les mêmes troubles entraînent une nouvelle hospitalisation. En juin 1955, nouvelle hospitalisation en service spécialisé pour désintoxication alcoolique jusqu'au 14 juillet. De retour chez lui, le malade recommence à boire ; son sommeil est très mauvais, son appétit est bien diminué. Il terrorise sa femme et ses enfants par ses éclats de voix et il continue à se disputer avec ses voisins qu'il insulte jour et nuit. L'internement est alors décidé.

Le 14 août 1955, le malade entre dans le service. Il est assez calme mais rapidement revendique contre son internement. La responsabilité de ses cris et de ses menaces incombe, selon lui, à ses voisins d'en face qui l'insultaient jour et nuit et le traitaient fréquemment d'homosexuel... Le malade semble très affecté des injures qu'il entendait. Il reconnaît boire du vin, mais jamais plus de un litre ou un litre et demi. Il n'exprime pas d'idées de jalousie. La cure de désintoxication est entreprise : strychnine, vitamines. Pendant les quinze premiers jours de son hospitalisation, le malade se plaint souvent d'être injurié et menacé. Les injures portent principalement sur son comportement sexuel et ses habitudes d'intempérance. Les persécuteurs sont désormais les malades du service. Après trois semaines d'hospi-

talisation, le malade est devenu beaucoup moins persécuté : ses hallucinations auditives ont presque disparu. Il demande à s'occuper aux ateliers médicaux. Le 11 novembre, le traitement au Disulfiram est entrepris. Il a dû être différé à cause d'épisodes fébriles d'ailleurs sans gravité. Cinq « épreuves vin » sont pratiquées. Le malade sort du service après quatre mois de séjour. Il continuera à prendre du Disulfiram et sera suivi au Dispensaire d'Hygiène Mentale.

Le 23 mai 1956, le réinternement est décidé, car depuis trois semaines le malade entend de nouveau des voix injurieuses provenant de la maison d'en face. On disait que les Martiens avaient débarqué, que la guerre éclaterait... Depuis sa sortie, le malade n'avait fait aucun excès alcoolique ; selon sa femme, il avait seulement bu du café en assez grande quantité. Sous l'influence de la chlorpromazine à dose moyenne (350 mg par jour), les hallucinations ont disparu en cinq jours et le malade a manifesté une conscience rétrospective très nette de son état morbide.

La sortie est décidée après deux mois de séjour.

En résumé, il s'agit d'un sujet présentant, depuis dix ans, un délire hallucinatoire chronique de persécution et une intoxication alcoolique. Actuellement, il est désintoxiqué et ne fait plus d'excès éthyliques. Son délire existe toujours, mais moins actif et permettant, grâce au traitement d'entretien de la Chlorpromazine, une vie libre. En réalité, ce sujet reste extrêmement fragile : il voudrait travailler, mais ne trouve pas d'emploi en rapport avec ses capacités physiques diminuées.

OBSERVATION N° 24

M. G... André, trente-six ans.

Son père, démarcheur de banque, s'est suicidé en 1932. Sa mère est en bonne santé, ainsi que son frère, qui est ingénieur d'hydraulique. A l'âge de douze ans, le sujet apprend le suicide de son père et il en est très affecté. Il effectue une scolarité secondaire brillante jusqu'à dix-sept ans et peu après passe le baccalauréat. Il éprouve une envie de suicide à cause d'une jeune femme qui le repousse. Il entre ensuite à l'Ecole des Mines et devient ingénieur. Le sujet n'a pas effectué de service militaire car sa classe n'a pas été appelée. Dès l'âge de dix-sept ans, le sujet a traversé des périodes d'excitation et de dépression.

A vingt et un ans, il se marie avec une jeune femme qu'il a mise enceinte et qui est d'un niveau intellectuel très inférieur au sien. De cette union naîtront trois enfants âgés de neuf à quatorze ans. Depuis cette époque, la consommation alcoolique du sujet est de l'ordre de un litre de vin par jour, mais elle augmente beaucoup lors de ses périodes d'excitation. Le sujet est ingénieur spécialisé : bien considéré par ses supérieurs, il voyage beaucoup pour son travail.

En 1946, alors qu'il se trouve en Argentine pour son travail, le sujet est interné pour un syndrome d'excitation progressive et excès éthyliques. Il buvait alors du whisky et du vin « à cause du climat » ? En 1954, il est interné à Paris pour un épisode d'excitation.

En février 1956, un accident de voiture lui occasionne un traumatisme crânien. En mai 1956, alors qu'il conduisait sa voiture en état de semi-ébrioité, le sujet renverse un motocycliste. Il est désagréablement surpris de se voir condamné à trois mois de prison avec sursis et il se calme.

En septembre 1956, le malade boit beaucoup pendant trois semaines. Il se désintéressait de son travail, dormait peu et s'irritait d'entendre sa femme lui reprocher son intempérance.

Le 20 septembre 1956, le malade entre dans le service.

Bien orienté, excité, logorrhéique, parlant d'abondance de son prochain départ en vacances, le sujet se présente comme un maniaque. Il rejette la responsabilité de son intempérance sur sa femme qui lui reprochait sans cesse de boire. Les scènes de ménage étaient fréquentes chez lui car « quand je suis fatigué, ma femme m'énervé au lieu de me calmer », déclare le malade.

L'examen somatique montre un état général satisfaisant. Il existe un subictère conjonctival et une légère hypertrophie du corps thyroïde. La pression des masses musculaires ne réveille pas de douleurs. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs. On note un léger tremblement des extrémités. La tension artérielle est à 15-9.

L'E.E.G. montr un rythme de base de 9 c/s, abondant, symétrique, légèrement irrégulier. La réaction d'arrêt est bonne. Il existe plusieurs irrégularités : ondes lentes irrégulières et peu amples, assez peu nombreuses, à prédominance occipitale ; ralentissement de rythme parfois à type de delta polymorphe, à prédominance temporelle gauche. L'hyperpnée est sans action. La S.L.I. provoque un léger entraînement bioccipital pour les fréquences lentes. En conclusion : anomalies temporelles gauches. Après traitement à la chlorpromazine, le malade suit actuellement une cure de Disulfiram et son comportement est satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'un sujet brillant occupant une situation importante et marié à une femme aux ressources intellectuelles modestes. Le surmenage, les fréquents déplacements nécessités par son travail et sa constitution maniaco-dépressive, semblent être à l'origine de son intoxication. La supériorité intellectuelle du sujet a permis des entretiens psychothérapiques très efficaces. Après sa sortie, le sujet continuera à absorber du Disulfiram et s'il consulte régulièrement, on peut espérer un pronostic satisfaisant.

OBSERVATION N° 25

M. L... Fernand, cinquante-quatre ans.

Ses parents étaient divorcés. On ne note pas d'antécédents pathologiques pendant sa première enfance. Il fréquente l'école primaire jusqu'au C.E.P., qu'il obtient, et devient ensuite voyageur de commerce en modes et en mercerie, après avoir accompli normalement ses obligations militaires. Mariage en 1924. Sa femme travaille, de nuit, à la rédaction d'un journal local. De ce mariage naissent trois enfants, dont deux sont décédés. Il lui reste une fille qui est mariée et qui est en bonne santé.

Le malade a toujours bu plus ou moins, en partie à cause de sa profession ; mais il boit davantage depuis 1944. Chez lui, il buvait du vin rouge, mais au dehors, il buvait aussi des apéritifs et des digestifs. Il a été désintoxiqué deux fois en clinique en 1953 sur les conseils de son médecin. En 1953, troisième cure de désintoxication en service spécialisé : elle aurait consisté en vitamine B₁, PP, extraits hépatiques. Après cette cure, le malade abandonne sa profession de représentant de commerce et devient employé de bureau. En 1954, quatrième cure de désintoxication en service spécialisé, dont il sort, dit-il, sans avoir de traitement d'entretien à suivre. En mars 1955, séjour de trois mois à Château-Walk, dont le malade a été très satisfait. A son retour, il change d'employeur car il éprouve un complexe d'infériorité à l'égard de ses camarades de travail, mais il reste employé de bureau. Il éprouve des difficultés d'adaptation dans son travail et il se met à boire de la bière pour se remonter, car il ne veut plus boire du vin. Mais la bière ne le stimule pas et ne lui procure aucune satisfaction ; aussi se remet-il à boire du vin ; d'abord un verre, puis deux... En octobre 1955, nouvelle hospitalisation en service spécialisé qui, devant le nombre d'échecs précédents, le fait interner en placement d'office.

Le 24 octobre 1955, le malade entre alors dans le service. Il a une présentation soignée et s'exprime très bien. Il regrette sincèrement, semble-t-il, son habitude de boire, habitude dont il ne peut plus se passer. Il nous supplie de le désintoxiquer définitivement et promet de ne plus jamais boire de boissons alcoolisées. Il semble très intéressé par l'existence du mouvement « Vie Libre » que nous lui signalons. Il nous assure qu'il s'entend bien avec sa femme, mais celle-ci nous apprend qu'il était d'un tempérament coléreux, qu'il était menteur et très jaloux. Il la battait souvent et était de très mauvaise foi. L'employeur du malade le reprendra à sa sortie.

L'état physique du malade est assez satisfaisant. L'abdomen est météorisé. Le foie ne déborde pas des fausses-côtes. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu vifs. Il n'existe pas de douleur musculaire. Il n'y a pas amaigrissement. On note un léger tremblement des extrémités. La tension artérielle est à 13-8.

La cure de désintoxication est alors entreprise : sulfate de strychnine, vitamines PP et C. Elle est suivie de la cure de dégoût au Disulfiram, que le malade accepte avec reconnaissance.

Cinq épreuves d'absorption de vin sont pratiquées en décembre et janvier, sans incidents. Pendant toute la durée de l'hospitalisation, le comportement du malade a été satisfaisant. Il participait activement à la vie du service. Il demandait à s'occuper dans le service dès les premiers jours et il s'est ensuite rapidement intégré à l'un de nos ateliers médicaux, participant à des travaux manuels auxquels son métier d'employé de bureau ne l'avait pas préparé. Se trouvant encore hospitalisé pendant les fêtes de Noël, il a pris une part active à la confection de la crèche de son pavillon.

Le malade quitte le service après trois mois de séjour et retrouvera sa place chez son employeur. Il continuera à prendre du Disulfiram (deux comprimés par semaine) et doit se mettre en rapport avec un mouvement de buveurs guéris. Il doit revenir ici périodiquement en consultation. Depuis sa sortie, le malade est venu régulièrement tous les deux mois. Il a adhéré à « Vie Libre » et participe largement aux activités de ce mouvement. Aucune appétence pour la boisson ne s'est

manifestée et il continue à prendre du Disulfiram. Signalons cependant que, de temps à autre, ce sujet éprouve des difficultés à se concentrer dans son travail et pour dormir. L'administration d'un calmant anodin, pendant plusieurs jours, a permis jusqu'ici de rétablir son équilibre menacé.

En résumé, ce sujet est un buveur de longue date, du fait notamment de sa profession première. Cependant, le changement de profession n'a pas été suivi de l'abandon des habitudes d'intempérance. En effet, deux causes méritent d'être retenues : vie familiale anormale (femme qui travaille de nuit), et, par ailleurs, chez le sujet, manifestations épisodiques d'anxiété qui, n'étant pas enrayées, contribuent à la reprise des boissons alcoolisées utilisées comme stimulant.

CHAPITRE II

THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES

Chaque malade, à son entrée dans le service, est soumis à un examen neuro-psychiatrique et somatique approfondi. De plus, l'analyse d'urine et la recherche sérologique de la syphilis sont effectuées systématiquement. Les tests hépatiques sont demandés lorsqu'une atteinte de la cellule hépatique est soupçonnée. Un électroencéphalogramme a été demandé pour la moitié des malades observés. Tous nos sujets enfin ont été examinés par des spécialistes de phthisiologie, ophtalmologie et otorhinolaryngologie.

Lors de l'entrée dans le service de chaque malade, nous prions la famille de répondre à un questionnaire médical très détaillé et nous demandons à la femme ou aux parents du malade de nous rendre visite le plus rapidement possible. Les renseignements ainsi fournis par le malade et par la famille nous permettent de nous faire une opinion assez précise de la personnalité du malade et de son comportement professionnel, familial et social. Nous demandons enfin à l'assistante sociale d'effectuer une enquête sociale. Cette manière de procéder nous a toujours donné satisfaction ; elle nous a semblé indispensable, car les déclarations du malade et même de sa famille peuvent être sujettes à caution. De plus, lorsque ces déclarations sont contradictoires, l'enquête sociale permet généralement de remettre les choses au point.

Pour ne pas surcharger inutilement les observations présentées, nous avons supprimé de notre exposé certains aspects négatifs de l'examen somatique.

Nos malades ont généralement été traités selon la méthode suivante : cure de désintoxication suivie d'une tentative de déconditionnement. Pour les malades qui ont été traités un peu différemment, nous en avons expliqué les modalités à propos de chaque observation.

I. — CURE DE DÉSINTOXICATION

Elle a été, en général, entreprise dès le lendemain de l'hospitalisation. L'alcool, sous toutes ses formes, est en général proscrit au malade. La cure débute par des injections de sulfate de strychnine, destiné à inhiber les effets de l'alcool et des produits intermédiaires de son métabolisme sur le système nerveux. Les injections de strychnine se poursuivent en général pendant trois semaines. Les doses utilisées sont de 10 mg par jour pendant les deux premières semaines, et de 5 mg pendant la troisième semaine. En même temps que la strychnine, ou immédiatement après, le malade reçoit aussi chaque jour 100 mg de vitamine B₁, 100 mg de vitamine PP et 500 mg de vitamine C. Ces vitamines sont destinées à lutter contre l'état de besoin et aident l'organisme à éliminer les produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool. Elles sont administrées par voie buccale. De plus, lorsqu'il est jugé utile, ce traitement vitaminique est complété par des extraits hépatiques injectables ou buvables. Si le malade présente un état d'agitation psychomotrice, il reçoit aussi de la Chlorpromazine.

II. — PHASE DE DÉCONDITIONNEMENT

Nous l'avons réalisée sous deux formes différentes :

- soit sous forme de cure de dégoût par apomorphine ou par Disulfiram (1);
- soit sous forme de déconditionnement vrai dans lequel la psychothérapie est au premier plan et le Disulfiram n'est qu'un adjuvant.

Cette deuxième manière de procéder est évidemment bien supérieure à la première quant à ses résultats, mais elle n'est possible que chez des sujets d'un niveau intellectuel assez élevé.

La thérapeutique par le Disulfiram n'étant pas sans danger, il est actuellement admis d'exclure du bénéfice de cette cure les malades

(1) Le Disulfiram a été utilisé sous forme d'Espéral en comprimés dosés à 0,50 g.

porteurs de lésions importantes cardiaques, hépatiques ou rénales. Les sujets atteints d'hypertension artérielle peuvent être admis sous réserve d'une surveillance médicale stricte.

En raison des incidents qu'elle peut provoquer, cette méthode ne doit jamais être instituée sans le consentement du malade ou à son insu.

Dès la cessation de la cure de désintoxication par la strychnine et les vitamines, une série d'entretiens psychothérapiques a lieu avec le malade et en collaboration avec le psychologue du service. Pendant la conversation, le sujet est amené à reconnaître sa part de responsabilité dans les troubles du comportement qui ont nécessité son hospitalisation et à incriminer le rôle de l'alcool dans la genèse de ces troubles. Le malade affirme alors qu'il est bien guéri et qu'il ne boira jamais plus. Sans mettre en doute sa sincérité et sans lui faire de leçons de morale, il lui est alors proposé une aide efficace pour soutenir sa volonté, surtout si le malade a déjà été désintoxiqué sans résultat durable. Le Disulfiram lui est alors proposé en lui précisant bien que cette aide ne sera efficace que s'il continue à prendre ses comprimés pendant six mois après sa sortie. Il lui est alors accordé un délai de réflexion et le malade revient demander ce traitement. Cette méthode a été adoptée avec facilité par la plupart de nos malades ; quelquefois, elle a été acceptée avec indifférence et seulement par confiance envers le médecin. Un de nos malades, qui avait déjà été désintoxiqué six fois, nous l'a demandée avec insistance dès son entrée (*obs. n° 25*). Trois malades ne l'ont acceptée qu'avec mauvaise grâce et seulement, semble-t-il, dans l'espoir de hâter leur sortie (*obs. nos 1, 12, 19*).

Lorsque la préparation psychologique du malade est réalisée et qu'il comprend le but et les modalités de cette thérapeutique, l'absorption de Disulfiram commence. La posologie est de deux comprimés à 0,50 g par jour, pendant trois jours, puis un comprimé par jour, pendant un mois ou un mois et demi, puis trois comprimés par semaine.

Une ou deux semaines après le début du traitement, le malade reçoit une « épreuve vin ». En général, ces réactions sont pratiquées simultanément sur deux ou trois malades qui sont alités dans le même dortoir et peuvent ainsi se rendre compte de la réaction produite sur leurs camarades. Le nombre d'« épreuves vin » varie, selon les sujets, de trois à cinq.

L'absorption de vin rouge à 12° est de 12 c à la première réaction et de 36 c à la troisième, mais, à partir de la troisième réaction, le malade absorbe du vin additionné d'eau, car la quantité de liquide ingérée semble importante à considérer pour faciliter l'apparition de vomissements.

Les réactions ont entraîné sur deux tiers de nos malades l'apparition de vomissements abondants. Chez les autres malades, il n'y a pas eu de vomissements, mais il ne nous a pas semblé utile de prolonger le nombre d'« épreuves vin » au delà de cinq. Signalons aussi que, chez deux malades, les troisième et quatrième réactions avaient entraîné des vomissements et que la cinquième n'en a pas engendré, ce qui semble être en rapport avec un processus d'accoutumance.

Nous avons observé dans deux cas des réactions psychotiques à la suite d'une « épreuve vin ». Le malade de l'*observation n° 22* a présenté un état de confusion mentale et le malade de l'*observation n° 1* a manifesté une forte réaction anxieuse avec tentative de suicide.

Chez les sujets qui ont quitté l'hôpital, nous avons recommandé de poursuivre l'absorption du Disulfiram, à raison de 0,50 g tous les deux jours pendant un temps minimum de six mois. De plus, nous avons expliqué à la femme de chaque malade qu'elle devait faire preuve de fermeté pour faire absorber le médicament à son mari, sans toutefois le lui présenter jamais comme une menace ou comme une punition.

CHAPITRE III

QUELQUES CONCEPTIONS CONCERNANT LA SIGNIFICATION DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Avant de rechercher quelles étaient la cause et la signification de l'intoxication éthylique de nos malades et de l'échec de leurs désintoxications antérieures, nous avons consulté la littérature publiée sur ce sujet. Nous avons dépouillé un grand nombre de publications intéressantes, mais nous nous bornerons à dessein à analyser seulement les conceptions de quelques auteurs dont les travaux se rapportent plus précisément à notre étude.

I. — EXPOSÉ

Un des travaux les plus récents et les plus complets a été présenté par FOUQUET, et c'est ce travail que nous analyserons en premier lieu.

CONCEPTION DE FOUQUET

Son expérimentation porte sur 300 malades qui ont accepté de se faire traiter pour alcoolisme. Après avoir déploré la rareté des publications concernant la signification étiologique de la conduite alcoolique, l'auteur s'élève contre le vocable même d'alcoolisme, car il recouvre une grande diversité de malades. Ces malades, très différents entre eux, n'ont qu'un seul point commun : c'est d'être alcooliques, « c'est-à-dire qu'ils n'ont pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées ». Ces malades ne doivent être rassemblés sous le terme d'alcooliques que par commodité de langage, car l'alcoolisme

n'est pas une maladie, c'est un signe dont il importe de chercher la signification. Il suffit, en effet, d'avoir eu l'occasion d'observer plusieurs alcooliques pour s'apercevoir de leur extrême diversité.

COMPOSANTES DU SYNDROME ALCOOLIQUE

Le polymorphisme des manifestations du syndrome alcoolique serait dû à la conjonction de trois facteurs :

1° Un facteur psychique : c'est-à-dire une disposition psychopathologique intellectuelle ou caractérielle. Cette disposition peut se manifester par une simple débilité mentale, une instabilité émotionnelle subnormale ; mais elle peut aller jusqu'aux grands syndromes psychiatriques ou aux états névrotiques. Tous les alcooliques présentent une certaine déficience de la personnalité, mais dans 45 % des cas, ce déficit est si banal que l'on peut parler de personnalité parnormale.

2° Un facteur de tolérance : c'est la disposition somatique qui permet à un individu d'accepter sans troubles notables les boissons alcoolisées et d'en ressentir des effets euphoriques.

Certains sujets sont naturellement intolérants, alors que d'autres tolèrent assez bien pendant longtemps une consommation quotidienne élevée. Ce facteur de tolérance n'est d'ailleurs pas fixe pour un même sujet et peut varier au cours de son existence.

3° Un facteur toxique. Raoul LECOQ a individualisé un syndrome biologique neuro-humoral de l'alcoolisme chronique qui définit partiellement le facteur toxique. Ce syndrome comporte une chute de la réserve alcaline et une exagération du rapport cholestérol urée. De plus, les chronaxies nerveuses sont perturbées.

L'influence de ce facteur s'accroît rapidement chez le buveur et crée un état de besoin organique qui entretient l'habitude. Les facteurs circonstanciels ou de milieu paraissent secondaires ; leur action, possible au prorata d'un déficit de la personnalité, n'est jamais déterminante, mais seulement favorisante.

FORMES CLINIQUES

L'alcoolisme peut se décrire selon trois formes cliniques :

1) *Les alcoolites* :

Elles forment 45 % des cas d'alcoolisme chronique. Ici, le facteur psychique est faible. On retrouve une certaine suggestibilité ou une labilité émotionnelle légère. Le comportement est estimé normal par le sujet et n'entraîne donc aucune culpabilité. On note souvent une

hérédité alcoolique. Ce sont des malades hypersociables qui sont des buveurs de compagnie. Le facteur de tolérance est très élevé chez ces buveurs d'habitude dont la consommation quotidienne est élevée. Le facteur toxique apparaît lentement, mais de façon massive.

2) *Les alcooloses :*

Elles constituent 40 % des cas. Le facteur psychique est dominant. Il s'agit d'un état névrotique ou de psychasthénie ou de schizoidie. Ces malades sont des buveurs épisodiques, solitaires et dissimulés, souvent conscients de leur comportement anormal vis-à-vis de l'alcool. On note souvent une perturbation du couple conjugal.

Le facteur de tolérance est moyen. Le facteur toxique est d'intensité moyenne, mais il est élevé lorsque le malade se décide tardivement à consulter.

3) *Les somalcoooloses :*

Elles représentent 15 % des cas. Elles sont l'expression d'un dysfonctionnement neurosomatique spécial, non réductible à la cyclothymie ou à la comitialité. Cette forme s'observe souvent chez la femme.

Le facteur psychique est intermittent, mais paroxystique. Le malade présente des accès d'avidité brusque, transitoire, élective pour l'alcool sous toutes ses formes habituelles ou inhabituelles. La consommation est strictement solitaire, clandestine et discontinue.

Le facteur de tolérance est nul. Il y a dégoût habituel des boissons alcoolisées en dehors des crises.

Le facteur toxique est faible pendant très longtemps ; le malade observant de longues périodes de totale abstinence.

PSYCHO-PATHOLOGIE

Après avoir étudié les formes cliniques de l'alcoolisme, l'auteur aborde l'important problème de la psychopathologie. L'alcoolisme est une conduite névrotique donc régressive dont il convient de rechercher la signification.

FOUQUET propose d'interpréter le recours pathologique à l'alcool « comme la manifestation, polymorphe certes, mais toujours de même sens, d'un syndrome initial de frustration ».

Les valeurs symboliques attribuées à l'alcool dans la vie individuelle et dans la vie sociale, aident à saisir cette interprétation. L'alcool tient en effet un rôle de premier plan dans la plupart des manifestations de notre vie : le vin d'honneur est de rigueur à la moindre cérémonie officielle. Les boissons dites « apéritives » sont souvent jugées indispensables pour célébrer dignement les événements heureux

de notre vie familiale ou professionnelle. L'alcool est souvent présent dans les manifestations de notre vie, mais il n'a de pouvoir pathogène que sur un petit nombre d'individus. En effet, pour être pathogène, il doit avoir conservé son pouvoir magique et c'est ce que l'on observe lorsque, dans le psychisme de l'adulte, la personnalité est restée fixée à des modes archaïques d'organisation.

La soif, qui est un trait dominant du comportement alcoolique, paraît être un signe authentique de frustration orale et cette frustration rend bien compte « de l'incapacité d'indépendance de ces malades, de leur recherche obstinée de dépendance et de leur perpétuelle protestation à cet égard ».

L'alcoolique réalise souvent sa recherche de dépendance conjugale en épousant une femme plus âgée que lui et la dépendance financière est rapidement obtenue lorsqu'il consacre à la boisson la moitié de son salaire. Pour l'auteur, « celui qui boit recherche désespérément et névrotiquement à retrouver son passé : l'intoxication l'aidera tour à tour, soit à échafauder des rêves très infantiles de gloire ou de puissance, soit à revivre des cauchemars primitifs et terrifiants ».

SIGNIFICATION DE L'ACCEPTATION DE CURE DE DÉSINTOXICATION

L'auteur se demande ensuite quelle signification il faut attribuer au fait que le malade accepte ou même sollicite une cure dite de désintoxication. Il l'interprète comme une trêve demandée par le malade dans sa lutte continuelle et épuisante entre les exigences vitales et la poursuite de ses satisfactions archaïques. Le malade, pris dans un tissu quotidien de mensonges et de dissimulations, retire donc un premier bienfait de la séparation réalisée avec son milieu. Mais un sentiment d'inquiétude se manifeste bientôt, car le malade sait qu'il ne pourra plus boire de boissons alcoolisées. Le traitement médical et la compréhension du personnel soignant doivent lutter contre cette insécurité. Sollicité d'écrire son autobiographie, le malade rectifie souvent de lui-même l'importance des facteurs sociaux dans son propre drame ; alors qu'à son entrée il attribuait un rôle de premier plan à ces facteurs.

A ce moment-là, commence la cure de dégoût. Après quelques vomissements, le malade se décide à dire « non » énergiquement à l'alcool, c'est-à-dire à accepter son sevrage revêcu.

Les individus classés dans la catégorie des alcoolites sont très nombreux, mais peu viennent à l'hôpital car, dans leur majorité, ils ont une conduite acceptée par leur milieu. Pour ces sujets, il semble que l'alcool ait compensé leur névrose de frustration.

Les individus classés dans la catégorie des alcooloses présentent très souvent une structure névrotique. Pour ces malades, le recours à l'alcool a aussi une valeur auto-thérapeutique. Après leur désintoxication, l'organisation névropathique de leur personnalité est souvent peu modifiée et bénéficierait grandement d'une thérapeutique psychanalytique qui, en pratique, est rarement réalisable.

Après sa sortie, l'abstinence totale est recommandée au sujet. Des entretiens psychothérapiques mensuels sont nécessaires pendant un an entre le malade et le médecin. La guérison peut se produire avec ou sans rechute. En cas de rechute, l'auteur conseille l'Antabuse à faibles doses.

CONCEPTION DE REQUET ET PERRIN

Dans une étude très documentée et portant sur 1.000 buveurs observés pendant six ans, REQUET et PERRIN tentent de résoudre le problème de l'alcoolisme en l'abordant par ses aspects économiques et médicaux. Les auteurs affirment tout d'abord que, contrairement à l'opinion généralement admise, la consommation de l'alcool en France est en voie de décadence ; cette décadence serait due à une baisse croissante du facteur de tolérance éthylique. En effet, l'alcoolisme anti-social qui met en danger des groupes humains nombreux n'existait pas il y a cent cinquante ans alors que la consommation alcoolique était égale ou supérieure à celle de nos jours. L'accroissement de l'alcoolisme anti-social serait dû, non pas à l'alcool lui-même, puisque sa consommation diminue, mais à divers facteurs caractéristiques de notre époque.

Les auteurs ont isolé 16 facteurs conduisant à l'alcoolisme anti-social et nous reproduisons ci-après l'énumération statistique qu'ils en ont donnée, en la résumant :

- 1° Génotypie : c'est-à-dire hérédité dans la lignée du buveur.
La génotypie, comme le génotropisme, est étudiée du point de vue psychiatrique, psychopathique et alcoolique.
Ce facteur représente 56 % des buveurs.
- 2° Génotropisme : c'est-à-dire hérédité dans la lignée du conjoint 26 %
- 3° Défection parentale : c'est-à-dire manque de parents avant dix-huit ans 45 %
- 4° Antécédents biologiques 48 %
 - a) encéphalopathie infantile,
 - b) traumatismes crâniens ou accidents commotionnels,

c) maladies débilitantes, malformations, mutilations,	
d) énurésie tardive.	
5° Engagement dans l'armée	24 %
6° Désadaptation collective (transplantations, déportation, captivité)	23 %
7° Echec matrimonial : séparation, célibat prolongé	47 %
8° Situation d'adoption	11 %
9° Echec professionnel : unique et grave ou en cascade ..	40 %
10° Pathologie du foyer : taudis, entassement	21 %
11° Désadaptation sociale	61 %
a) affaires judiciaires,	
b) parasocialité,	
c) troubles du comportement : dépressif, agressif, sexuel.	
12° Ivresses pathologiques	54 %
13° Delirium	17 %
14° Épilepsie	38 %
15° Buveurs solitaires	30 %
Buveurs de compagnie	60 %
16° Détérioration biologique typique : cirrhose, ulcère, encéphalopathie, polynévrite	18 %

Ces divers facteurs agissent surtout par leurs potentialisations réciproques. Le taudis, par exemple, est un facteur d'alcoolisme connu depuis longtemps, mais il est maintenant potentialisé par d'autres facteurs qui étaient plus rares autrefois : l'échec professionnel, l'adoption, l'instabilité, la précarité professionnelle, la détérioration morale... Ces facteurs agissent en désadaptant les individus en face de la société qui réclame une adaptation continue, en raison des conditions de vie et de travail dans la société moderne (vitesse, technicité, efficacité, responsabilité, rendement, sélection, promotion, échec). Cette vie moderne, rapide, technifiée, précaire, collective, semble expliquer la prédominance croissante du buveur à réactions anti-sociales. En l'absence des facteurs énumérés, la consommation d'alcool en quantité même importante n'entraîne pas de troubles psychiques chez l'individu.

AUTRES CONCEPTIONS

Un travail important a été réalisé par SOLMS qui a observé 2.500 malades. Cet auteur estime que l'on a recours à l'alcool pour obtenir des satisfactions impossibles à obtenir par un autre moyen ou pour échapper à un conflit. L'intempérance révèle une tendance à la régression, à l'irréalisme ou à l'autopunition. Nous n'analyserons pas davantage ce travail puisque, dans ses grandes lignes, il rejoint les conclusions de FOUQUET.

KAMMERER s'est aussi attaché à la recherche des facteurs psychologiques mis en œuvre par les boissons alcoolisées et trois de ces facteurs nous paraissent importants : satisfaction orale, effet tonique et euphorisant, preuve de virilité. Pour les sujets atteints de névrose, l'attrait de l'alcool réside dans son effet tonique. Selon l'auteur, près de la moitié des cas observés d'alcoolisme ont pour cause une névrose ou une situation psychologique conflictuelle. Les étiologies le plus souvent rencontrées sont : les dépressions réactionnelles (consécutives à des déboires conjugaux, à des échecs), les névroses anxieuses et phobiques, les dépressions constitutionnelles et les dérèglements thymiques des cyclothymiques.

Le rôle du milieu social est tenu pour accessoire dans les travaux que nous venons d'analyser, alors que pour RAPAPORT, il est très important. La nature des boissons alcooliques varie d'un milieu social à un autre, mais la contrainte est la même ; il faut accepter de boire dans certaines occasions sous peine de paraître sans éducation. De plus, la publicité est une science en plein essor et dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Cette science n'hésite pas à se servir même du nom de PASTEUR pour être plus persuasive. Au point de vue social, l'alcool a l'avantage de faciliter les contacts entre les individus et d'assurer la cohésion du groupe en faisant disparaître les inhibitions des timides. Mais, d'autre part, la vie en société n'est possible que grâce à une conscience sociale qui s'obtient seulement par inhibition des tendances instinctives des individus. L'intoxication alcoolique anesthésie les fonctions inhibitrices et libère les tendances instinctives. Ces tendances sont souvent agressives et sexuelles, et expliquent, au moins en partie, la jalousie et les réactions anti-sociales des alcooliques.

Du point de vue thérapeutique, OULES et Mme ALLAIX estiment nécessaire de désintoxiquer tous les alcooliques, mais de ne déconditionner que certains d'entre eux. C'est ainsi qu'ils éliminent du bénéfice de cette cure les débiles, les malades présentant des troubles mentaux primitifs ou des troubles graves du caractère, et les malades dont l'entourage est déficient ; pratiquement, ils sensibilisent seulement le cinquième de leurs alcooliques. D'autre part, l'administration de

T.T.D. est accompagnée d'une psychothérapie particulièrement importante lors des « épreuves vin ». Ces épreuves fournissent au médecin l'occasion d'expliquer au malade que les comprimés qu'il absorbe servent à mesurer la quantité de vin qu'il peut boire sans dommage ; cette quantité est de l'ordre d'un verre par repas. Le malade est laissé libre de boire davantage, mais il s'inquiète des mauxaises qu'il ressent lorsqu'il boit et il limite alors volontairement sa consommation de vin. Du point de vue psychologique, cette limitation volontaire de consommation paraît bien supérieure à l'interdiction de boire imposée par le médecin et son efficacité semble plus grande.

Par ailleurs, OULES et SAUCET insistent sur l'importance de la psychothérapie, qu'ils considèrent comme le temps essentiel du traitement de l'alcoolisme, alors que l'administration de T.T.D. n'en représente qu'un temps accessoire. De plus, l'abstinence obtenue par le T.T.D. seul, en l'absence de psychothérapie, peut même être dangereuse, car les malades peuvent présenter des troubles graves par transformation des tendances morbides. C'est ainsi que les auteurs rapportent des observations de malades ayant attenté aux mœurs ou s'étant suicidés alors qu'ils n'avaient jamais présenté auparavant de troubles de cet ordre-là.

II. — CRITIQUE DE CES CONCEPTIONS

Les diverses conceptions que nous venons d'analyser et qui concernent l'étiologie et la psychopathologie de l'alcoolisme, ne nous paraissent pas entièrement recevables sans quelques réserves.

La classification de FOUQUET est assez séduisante, mais cet auteur semble avoir réservé une place modeste aux somalcoooloses qui nous paraissent plus fréquentes que le pourcentage de 15 % qu'il leur attribue. Il est vrai que cette statistique porte seulement sur des malades ayant accepté de se faire soigner pour alcoolisme, alors que notre expérimentation concerne des malades internés d'office dont aucun n'avait sollicité de traitement anti-éthylrique. D'autre part, l'auteur insistant sur l'importance des mécanismes névrotiques de frustration chez les alcooliques, réduit considérablement le rôle des facteurs de milieu et il y a peut-être là un excès. De plus, les facteurs sociaux ne sont pas seulement témoins de la névrose, mais peuvent parfois en être la cause.

Le travail de REQUET et PERRIN cause tout d'abord une certaine surprise, car il est bien rare d'entendre dire que la consommation de

l'alcool diminue en France. Néanmoins, leur conception sur les causes de la baisse du facteur de tolérance semble contenir une grande part de vérité ; les traumatismes psychiques dus à la complexité de la vie moderne sont certainement responsables, au moins en partie, de l'accroissement de l'alcoolisme anti-social.

La place importante réservée par les publications de OULES à la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme, semble très justifiée, mais sa réalisation pratique ne peut malheureusement s'exercer que rarement dans des conditions idéales. De plus, cet auteur élimine du bénéfice de la cure de déconditionnement les débiles mentaux, les malades présentant des troubles mentaux primitifs et ceux dont l'entourage est déficient. Or, ces différentes catégories de malades constituent un pourcentage important de notre clientèle et nous n'avons pas cru devoir les éliminer tous du bénéfice de la cure de déconditionnement.

Enfin, un reproche assez général pourrait être adressé aux différents auteurs : c'est de n'avoir vu souvent qu'un aspect du problème de l'alcoolisme — par exemple, l'aspect névrotique ou l'aspect social — et d'avoir un peu négligé les autres ; ce qui montre bien l'extrême complexité du problème de l'alcoolisme. Cependant, du point de vue théorique, ces publications sont très intéressantes, car elles permettent d'aborder le problème par des voies différentes et de bien le circonscrire.

Ces diverses conceptions nous ont servi de guide et de cadre pour l'étude des alcooliques chroniques que nous présentons.

CHAPITRE IV

PROBLÈMES POSÉS PAR LA DÉSINTOXICATION DE NOS MALADES

PARTICULARITÉS DE NOS MALADES

Avant d'aborder l'étude des problèmes que nous ont posé les cures de désintoxication, il convient de faire quelques remarques qui apportent certaines particularités aux observations présentées. De tous nos malades, aucun n'est venu se faire désintoxiquer de son plein gré ; ils ont tous été internés d'office. De plus, à quatre exceptions près, les malades observés appartiennent, sinon à un même milieu, tout au moins à un même niveau social. Ils occupaient des emplois de cultivateurs, artisans, ouvriers ou petits fonctionnaires (facteur, cantonnier...). De même, leurs ressources intellectuelles sont assez limitées, ce qui constitue entre eux un autre facteur d'unité. Contrairement à une opinion très répandue, la publicité alcoolique ne semble pas avoir joué un rôle important dans la genèse de l'intoxication de la majorité des malades observés. Signalons aussi que les deux tiers des observations concernent des sujets vivant à la campagne où les conditions de vie et de travail favorisent beaucoup moins l'éclosion de névrose que la vie trépidante des villes. Il faut indiquer enfin que ce travail concerne seulement 25 malades et ne saurait donc prétendre à une valeur statistique si on le compare aux importants travaux précédents où quelquefois 1.000 ou 2.000 observations étaient dépouillées.

Les observations présentées ont été rassemblées en trois groupes selon les causes générales de l'intoxication ou selon la nature des problèmes qui se posaient.

1) MALADES DU GROUPE I

La première catégorie envisagée concerne des sujets pour lesquels une suggestibilité due à la débilité mentale semble être à l'origine de l'intoxication. Nous ne pouvons évidemment pas étudier ici en détails

les problèmes posés par chacun de ces malades : nous prendrons comme exemple le sujet de l'*observation n° 3*. Ce sujet est de ceux dont on dit « qu'ils ont toujours bu ». En effet, dès son enfance, il a eu sous les yeux l'exemple de son père qui buvait et lorsqu'il est devenu mineur, il s'est mis à boire lui-même beaucoup. Il est bien difficile de déterminer avec certitude quelle fut la cause première de son intempérance, car le sujet est actuellement très diminué dans ses facultés intellectuelles ; mais il semble bien que cette cause réside dans l'entraînement exercé par ses camarades de travail. Dans une mine de charbon, le travail est pénible et la poussière altère beaucoup. D'autre part, il est bien admis, dans un vaste public, que tout travail de force est impossible à réaliser sans le secours de plusieurs litres de vin et le sujet débile mental suggestible en est bien persuadé et il se met à boire beaucoup. Mais lorsqu'à l'âge de vingt-deux ans, il abandonne le métier de mineur pour devenir facteur des P.T.T., il n'abandonne pas pour autant ses habitudes d'intempérance : il est vrai que dans son nouveau métier l'entraînement pour être différent existe cependant. Le sujet suit plusieurs cures de désintoxication, mais leur efficacité dure évidemment peu de temps, car les habitudes du malade sont anciennes. Ce malade a été admis dans le service à la suite d'une expertise provoquée par une faute professionnelle grave. Il est désintoxiqué et on a tenté de le déconditionner ; mais, durant toute l'hospitalisation, le malade est resté très indifférent aux divers traitements qui ne lui ont pas été imposés mais qu'il a acceptés seulement par suggestibilité et sans en comprendre la nécessité. Toute psychothérapie efficace fut rendue illusoire par la débilité mentale du sujet, aggravée par un début d'affaiblissement intellectuel et moral. Comme, d'autre part, sa femme ne semble pas bien réaliser son état de santé, il est vraisemblable que le malade rechutera lorsque l'occasion s'en présentera. Il a suivi son traitement au Disulfiram chez lui pendant près d'un an parce que nous avons insisté auprès de lui et auprès de sa femme. Actuellement, il boit un demi-litre de vin par jour, mais il serait surprenant qu'il n'augmente pas ultérieurement sa consommation.

Pour les sujets de ce groupe I, la cause première de leur intoxication éthylique est souvent impossible à mettre en évidence à cause de leur débilité mentale, mais il semble bien que ce soit justement la débilité qui soit la cause principale de l'intoxication. En effet, le débile mental suggestible est particulièrement vulnérable à l'entraînement ; il n'ose pas refuser de boire si l'on insiste un peu et lorsqu'il a pris l'habitude de boire, il continue même si l'entraînement est moindre. De plus, la désintoxication éthylique est bien rarement entreprise dans de bonnes conditions, car le sujet ne se considère pas

comme un alcoolique et, lorsqu'il est question de sa consommation excessive de vin, il est fréquent de l'entendre déclarer avec indignation : « Oh ! je n'étais pas tous les jours saoul ! » Cet état d'esprit l'empêche de coopérer efficacement à la cure de désintoxication qu'il subit plus qu'il ne l'accepte. Le médecin n'obtient souvent un résultat assez durable que par intimidation et par la crainte que le sujet éprouve à la perspective d'un nouvel internement. De plus, la débilité mentale réduit considérablement le rôle de la psychothérapie. On ne peut espérer de résultat durable à la désintoxication que lorsque l'encadrement professionnel et l'entourage familial sont satisfaisants, c'est-à-dire lorsqu'ils peuvent exercer sur le sujet une tutelle efficace.

En ce qui concerne le résultat du traitement, les 7 malades de ce groupe constituent des échecs : 2 sont encore hospitalisés et les 5 qui ont quitté le service ont recommencé à boire plus ou moins rapidement. Cette rechute n'est pas très surprenante, car le seul critère qui a permis leur sortie est qu'ils n'offriraient pas de danger pour leur entourage. Il faut signaler aussi que trois de ces malades maintiennent actuellement leur consommation de vin dans des limites raisonnables.

2) MALADES DU GROUPE II

Dans la deuxième catégorie envisagée, la cause principale que nous avons retrouvée à l'intoxication éthylique de nos malades est une « malévolution » de la personnalité due à un infantilisme affectif que nous avons rattaché, soit à une frustration affective, soit à des conflits psychologiques. Pour la plupart de nos malades, l'intoxication est ancienne et il est donc malaisé d'en déceler l'étiologie précise ; aussi n'a-t-il pas toujours été possible d'affirmer que cette cause était essentielle dans la genèse de l'alcoolisme ; mais elle nous a semblé en tous cas très importante. Les limites restreintes de ce travail nous interdisent l'analyse détaillée de chaque observation ; nous prendrons deux exemples qui permettront de mettre en évidence le déséquilibre affectif qui a engendré l'intoxication.

Pour le sujet de l'observation n° 8, il s'agit d'une frustration affective due à une carence maternelle et à une carence éducative. Pendant toute son enfance, ce sujet a souffert de voir sa mère se préoccuper uniquement de son frère aîné ; ses parents ne lui ont jamais fait apprendre de métier ; son emploi du temps n'était jamais surveillé. Ce sujet sans connaissances professionnelles a dû se contenter d'un emploi modeste dans la voirie. De plus, pendant sa jeunesse, il aidait souvent ses deux grands-pères aux travaux des champs et ils le faisaient boire « pour devenir un homme ». Ce fait d'ailleurs prouve bien que l'alcoolisme dépend toujours de plusieurs causes, mais dont

l'une est la principale. Lorsqu'il a été marié, sa femme n'a pas répondu complètement à son besoin d'affection et ce sujet, qui avait pris l'habitude de boire très jeune, parce qu'il était partiellement rejeté par sa famille et parce qu'il avait été initié par ses grands-pères, a encore accru sa consommation. Devant les reproches plus ou moins exprimés de sa femme, il se mettait en colère et sa femme, terrorisée, le rejetait de plus en plus. D'autre part, sa mère qui habitait à proximité soutenait sa femme contre lui. Le cercle vicieux était alors en place : rejeté par sa famille, le malade buvait beaucoup ; plus il buvait, plus il criait et plus sa femme le rejetait. L'internement a bien rompu temporairement le cercle vicieux, mais la sortie pose quelques problèmes. Pendant son hospitalisation, il récrimine tout d'abord contre sa mère et contre sa femme qu'il rend responsables de sa déchéance. Puis il prend conscience de ses propres responsabilités et comprend qu'il est de son intérêt de participer activement à sa cure de désintoxication. La femme du malade est vue plusieurs fois et accepte de reprendre la vie commune avec son mari. Elle aussi met l'accent sur le rôle néfaste joué par la mère du malade. Finalement, un entretien psychothérapique conjugal réunit mari et femme, et il est possible de leur faire prendre conscience de leurs responsabilités respectives et de leur incompréhension réciproque. Il semble bien que la bonne volonté de chacun des deux conjoints soit acquise et que la cure de désintoxication aura un effet assez durable. Le résultat aurait, sans doute, été meilleur si nous avions pu éloigner le jeune ménage de la critique maternelle, mais il n'est malheureusement pas facile à notre époque de changer de logement.

A propos de cette observation, nous avons évoqué ce que nous appelons le « cercle vicieux conjugal » de l'alcoolisme et il n'est pas inutile de préciser ce que nous entendons sous ce vocable.

Pour les sujets de ce deuxième groupe surtout, l'épouse a joué un certain rôle dans la genèse de l'alcoolisme du mari. Ce rôle est dû à des raisons diverses, soit que la femme se montre incapable de tenir son ménage et de rendre le foyer agréable, soit qu'elle ne sache pas manifester son attachement à son mari, soit qu'elle fasse preuve d'incompréhension à l'égard de son travail, de ses distractions ou de ses relations. Le mari alors, déçu par l'incapacité, l'indifférence ou l'incompréhension de son épouse, passe le moins de temps possible chez lui, fréquente les cafés où il oublie ses désillusions conjugales et il prend l'habitude de boire. Ses excès de boisson le rendent souvent irritable et lorsqu'il revient chez lui en état de semi-ébrété, les reproches de sa femme l'exaspèrent et le font entrer dans de violentes colères ; il crie, menace et brise du mobilier et, quelquefois même, il frappe. Dès lors, il existe un fossé entre les deux époux. Le mari,

excédé des remontrances de sa femme, passe de plus en plus de temps hors de chez lui et augmente sa consommation ; il est donc de plus en plus irrité et les scènes de ménage deviennent plus fréquentes. L'épouse terrorisée par les colères de son mari n'ose bientôt plus lui parler et elle se détache de lui, ce qu'il ne peut admettre. Et, pour s'en consoler, il se remet à boire ; ce qui constitue bien un véritable cercle vicieux. Ce qu'il convient de noter, c'est que l'épouse joue souvent un grand rôle dans la genèse de l'alcoolisme de son mari, mais très rapidement elle en devient la victime — ainsi que ses enfants —. Elle souffre des colères de son mari et, terrorisée, elle arrive à ne plus supporter sa présence. Lorsque l'internement est décidé, le premier sentiment qu'elle éprouve est un sentiment de soulagement, car elle ne pouvait plus vivre avec cet époux qui était devenu un bourreau familial (HEUYER, DUBLINEAU). Ce soulagement est encore plus grand lorsque de jeunes enfants devaient supporter avec elle l'enfer familial. Mais cette attitude nous a posé de nombreux problèmes, car la femme se montre généralement très sceptique sur l'efficacité de la désintoxication de son mari — surtout s'il a déjà été désintoxiqué précédemment sans résultat durable — et ne veut pas reprendre la vie commune avec lui. Elle se décide bien à accepter finalement la sortie de son mari, mais à contre-cœur et la réadaptation du malade est faussée au départ. Parfois d'ailleurs, le retour à la liberté n'a lieu qu'au prix d'une séparation entre les deux époux. Nous avons tenté de remédier à cet état de choses par des entretiens psychothérapiques avec le malade, avec sa femme et, lorsqu'il est possible, avec les deux conjoints réunis, mais les résultats ne sont pas toujours très positifs. En effet, l'influence que nous pouvons avoir sur le malade n'est pas toujours considérable et celle que nous avons sur sa femme est souvent bien moindre. Il est en particulier difficile de lui faire comprendre qu'elle puisse avoir une part de responsabilité dans l'intoxication de son mari, alors qu'elle se souvient toujours et surtout d'en avoir été la victime.

Pour le sujet de l'*observation n° 12*, la « malévolution » de la personnalité est due à un infantilisme affectif marqué. Le sujet était fils unique et dans sa jeunesse il fut très choyé par une mère faible qui ne sut jamais rien lui refuser. Après des études assez médiocres jusqu'à l'âge de seize ans, il exerce quatre métiers différents en dix ans, sans trouver de profession qui lui plaise longtemps. Ce sujet s'est marié deux fois et les deux mariages furent rompus par le divorce — prononcé à ses torts — après, chaque fois, quatre ans de vie commune. De plus, ce malade très égoïste a déjà été condamné deux fois en justice : une fois pour escroquerie et abus de confiance, et une fois pour avoir causé un accident de voiture alors qu'il était en état

d'ivresse. Depuis 1952, le sujet qui n'a jamais pu se fixer à un travail quelconque et qui a épuisé une bonne partie des ressources de sa famille, ne travaille que par intermittences et vit chez sa mère. Il a essayé d'exercer plusieurs professions, mais il a abandonné rapidement, car il a l'impression d'être exploité et que ses capacités ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Sa consommation de vin, qui a toujours été très élevée (elle est à l'origine de ses deux divorces), s'accroît encore et sa mère supporte fréquemment ses colères et ses éclats de voix. De plus, le sujet n'admet aucun reproche maternel et ne se gêne pas pour battre sa mère — âgée de soixante et onze ans — lorsqu'elle lui fait remarquer son intempérance. Le sujet n'avait jamais accepté de se faire désintoxiquer jusqu'au jour où les troubles de son comportement ont nécessité son internement.

La désintoxication du malade a été difficile à réaliser, car il ne se considérait pas comme un alcoolique et il n'a accepté de suivre une cure de dégoût que dans l'espoir de hâter sa sortie. Lors des « épreuves vin » destinées à contrôler l'efficacité du Disulfiram, le malade a toujours vomi, mais il s'agissait chaque fois de vomissements provoqués. Le malade a donc refusé toute coopération active à sa cure de désintoxication. Sa réadaptation nous a posé de nombreux problèmes, car son instabilité professionnelle notoire et la faible étendue de ses compétences limitaient considérablement son reclassement professionnel. De plus, ce sujet égocentrique, dont l'affectivité est restée fixée à un stade infantile, n'est relié à personne par des liens affectifs : nous ne pouvions donc compter sur personne pour faciliter sa réadaptation. Ce problème ne pouvait donc pas être résolu de façon satisfaisante. La solution la moins mauvaise nous a semblé résider dans le placement du sujet comme homme à tout faire dans une maison de repos des environs. Malheureusement, il n'a pas occupé cet emploi pendant longtemps et il a quitté le département : ce qui nous empêche maintenant de le suivre. Selon nos derniers renseignements, il s'est remis à boire dans de brefs délais, ce qui n'a pas été une surprise pour nous.

L'origine de l'alcoolisme des sujets de ce deuxième groupe nous a semblé résider dans une « malévolution » de la personnalité ; de plus, l'alcoolisme est devenu pour la plupart d'entre eux, une habitude souvent ancienne. Les problèmes posés par la réadaptation de ces sujets sont très difficiles à résoudre à cause de la présence du cercle vicieux conjugal dont nous avons parlé précédemment. En effet, pour un sujet marié, la femme est naturellement le meilleur agent de réadaptation, alors que, pour ces sujets, il est très difficile de faire prendre conscience à leurs épouses de l'aide qu'elles peuvent apporter à leurs maris.

En ce qui concerne les résultats du traitement, leur appréciation est assez malaisée, car deux malades ont été perdus de vue ; un est encore hospitalisé et un autre est sorti depuis très peu de temps. Sur quatre malades restant, nous avons obtenu deux échecs et deux résultats satisfaisants dont l'un semble même être une réussite (*obs. n° 8*). Nous pensons qu'il faut attribuer ce succès aux entretiens psychothérapiques que nous avons eus avec le malade et avec sa femme qui nous a assuré une aide précieuse.

3) MALADES DU GROUPE III

En ce qui concerne les sujets de ce troisième groupe, les causes que nous avons retenues à l'intoxication alcoolique ont été, soit une constitution psychasthénique, soit des manifestations mineures ou majeures de psychose périodique maniaco-dépressive.

Nous analyserons deux observations pour bien faire comprendre la nature des problèmes que nous ont posés ces malades.

Pour le sujet de l'observation n° 18, une première cause a été retrouvée facilement à l'origine de son intoxication. Ce sujet a vécu, pendant son adolescence, en Pologne dans une famille aisée, et, seules, les vicissitudes de la situation internationale l'ont amené en France où il a dû travailler de ses mains pour vivre. Ce sujet est donc un déraciné présentant une certaine déchéance sociale. Mais cette cause nous a semblé seulement accessoire dans la genèse de son intoxication. Ce qui nous a semblé primordial, c'est que le sujet présente assez souvent des épisodes de dépression, pendant lesquels il manifeste une incurie totale, restant couché dans la journée et ne se levant que pour boire. Il est en effet important de souligner que ce sujet boit du vin en quantité considérablement seulement au cours de ces épisodes de dépression asthénique. Nous avons d'ailleurs eu confirmation de l'existence chez ce sujet d'épisodes dépressifs pendant son hospitalisation. En effet, dans le service, ce sujet a présenté deux courts épisodes dépressifs avec préoccupations hypochondriaques. Lors du premier épisode, le malade s'était enrhumé et il se croyait atteint de tuberculose pulmonaire. Quelque temps plus tard, à l'occasion d'une légère bronchite, il pensait être atteint de cancer du poumon. Ces épisodes dépressifs très nets semblent bien être la cause de l'alcoolisme du sujet. Les problèmes posés par la réadaptation familiale n'étaient pas de même nature que pour les malades du groupe précédent. Certes, la femme du sujet avait eu à souffrir de l'alcoolisme de son mari et n'était pas très enthousiaste pour reprendre la vie commune avec lui, mais elle a bien compris que son mari était un malade et que l'alcoolisme n'était pas sa maladie principale. Nous avons pensé

que ce sujet pouvait quitter le service à condition qu'il reste sous surveillance médicale ; aussi avons-nous demandé au sujet de consulter régulièrement au Dispensaire d'Hygiène Mentale. Actuellement, le sujet ne boit pas ; il continue à prendre du Disulfiram et il consulte régulièrement au Dispensaire.

Le sujet de l'observation n° 20 présente une hérédité psychiatrique : son père ayant été interné à plusieurs reprises. Ce sujet a pris l'habitude de boire pendant l'adolescence par entraînement. Au retour du service militaire, il éprouve une grande déception en retrouvant mariée une jeune fille qu'il considérait un peu comme sa fiancée. De plus, dès l'âge de vingt-trois ans, la constitution maniaco-dépressive du sujet se révèle. Il présente périodiquement des épisodes de dépression et d'excitation qui avaient déjà entraîné l'hospitalisation lorsque le sujet est entré dans le service. La consommation de vin du malade était généralement de l'ordre de un litre par jour, mais lors des épisodes dépressifs elle augmentait considérablement et le malade éprouvait fréquemment des accès de dépression mineure. De même, pendant les premiers jours de ses accès d'excitation, sa consommation augmentait dans de fortes proportions.

Le problème du traitement n'était pas très difficile à résoudre, car lorsque le sujet est entré dans le service, il venait d'un autre service spécialisé où il avait été désintoxiqué pendant un mois. La réadaptation du sujet, par contre, pose un problème plus délicat. En effet, ce malade est célibataire ; il habite avec sa sœur qui ne semble pas capable d'exercer sur lui une tutelle satisfaisante. De plus, ce malade présente des accès de dépression et d'excitation assez rapprochés qui nécessiteraient, après sa sortie, des consultations fréquentes au Dispensaire. Aussi, le sujet reste hospitalisé jusqu'à ce que nous lui ayons trouvé un milieu d'accueil réalisant des conditions d'encadrement satisfaisantes.

Ces deux exemples montrent bien que l'existence d'épisodes périodiques de dépression peuvent être à l'origine de nombreuses intoxications alcooliques. Dans le service, nous avons observé plusieurs sujets présentant un alcoolisme chronique dû à des épisodes dépressifs. Il s'agissait, le plus souvent, de dépression du type asthénique, mais nous avons observé aussi des intoxications à la suite d'épisodes dépressifs du type anxieux. De plus, pour plusieurs sujets, la cause de l'alcoolisme est constituée par des épisodes d'excitation psychomotrice de type maniaque. Il s'agissait de sujets présentant des accès d'excitation et qui augmentaient considérablement leur consommation de vin au début de ces accès. L'excitation a toujours semblé primitive ; elle était la cause et non la conséquence de l'absorption exagérée d'alcool. Pour certains sujets, la faible durée de la période de grande

consommation ne nous a pas semblé nécessiter une désintoxication médicamenteuse ; en particulier pour les *observations* n^{os} 21 et 24. Le problème essentiel posé par ces malades n'a pas été la désintoxication, mais la prévention de la rechute. Cette prévention nous a semblé nécessiter une surveillance attentive du malade après sa sortie du service et nous la réalisons dans le cadre des consultations des Dispensaires d'Hygiène Mentale.

En ce qui concerne les résultats du traitement, ils ne sont pas très satisfaisants. Sur dix malades observés, quatre doivent encore rester hospitalisés. Sur les six qui ont quitté le service, trois seulement consultent régulièrement au Dispensaire. Les sujets des *observations* n^{os} 18 et 21 restent abstinents, mais leur sortie est trop récente pour que l'on puisse parler de guérison. Seul, le sujet de l'*observation* n^o 25, sorti depuis près d'un an, semble constituer un succès que nous analyserons maintenant.

4) ETUDE D'UN CAS PARTICULIER

Le sujet de l'*observation* n^o 25 est certainement un des cas les plus déconcertants parmi nos alcooliques. Nous l'avons classé parmi les malades du troisième groupe, mais il pourrait aussi bien figurer parmi ceux du deuxième. Ce sujet, d'une présentation soignée, paraissait sincèrement affligé de son intempérance, mais il ne pouvait pas s'empêcher de boire. Il avait déjà suivi six cures de désintoxication lors de son entrée dans le service et le résultat n'avait jamais été durable. La cause première de son alcoolisme paraissait être sa profession primitive de voyageur de commerce ; mais cette cause ne nous a pas semblé essentielle, car elle n'expliquait pas l'échec des six cures de désintoxication alors que le malade avait abandonné cette profession depuis longtemps. Une autre cause semble avoir joué un rôle dans la genèse de l'alcoolisme de ce sujet : c'est sa situation conjugale anormale, puisque sa femme travaille toutes les nuits et qu'il la voit peu dans la journée. L'existence d'une dysharmonie sexuelle semble probable. Cependant, la cause primordiale de son intoxication semble bien être l'existence de petits épisodes dépressifs pendant lesquels le sujet boit pour se remonter. Cette cause a d'ailleurs été confirmée depuis la sortie du sujet puisqu'il a présenté plusieurs épisodes de dépression et d'anxiété, mineurs, pendant lesquels il éprouvait une certaine difficulté à se concentrer dans son travail et une insomnie légère. La réadaptation professionnelle du sujet a été facile puisque son employeur qui l'estime lui avait gardé sa place. De plus, sa femme a bien accepté de le reprendre ; et enfin, le sujet a adhéré à un mouvement local de buveurs guéris et il manifeste une grande activité au

sein de ce mouvement. Ce sujet, dont la désintoxication semblait illusoire, puisqu'elle avait été précédée de six tentatives infructueuses, est sorti depuis onze mois ; il prend régulièrement du Disulfiram, il ne boit pas et revient consulter tous les deux mois. De plus, il dispose de calmants anodins qu'il prend lors de ses périodes d'anxiété et il semble bien que le traitement ait été efficace. Cet exemple, intéressant à plusieurs titres, prouve bien aussi qu'il ne faut jamais désespérer dans le traitement des alcooliques chroniques et que l'on peut obtenir des résultats satisfaisants dans des cas apparemment incurables, ainsi que DUCHÊNE le signalait d'ailleurs récemment.

COMMENTAIRES ET CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

I. — COMMENTAIRES

L'analyse des publications concernant les causes et la signification de l'alcoolisme chronique nous a montré que les problèmes posés par cette affection sont extrêmement complexes. En effet, les différents auteurs que nous avons consultés attribuent une importance bien différente à quelques causes variées : publicité alcoolique, pression du milieu social, constitution névrotique du sujet. De plus, cette analyse nous a semblé revêtir une grande importance théorique, mais, au point de vue pratique, elle ne nous a pas toujours été d'un grand secours.

Chez nos malades, en effet, il existe bien une cause originelle, mais il est bien difficile de la retrouver, car elle est très ancienne et elle est noyée dans un complexe dont nous ne pouvons connaître que certaines composantes. Si bien que, pour nos sujets, nous retrouvons rarement la cause originelle de l'intoxication, mais une intrication de causes diverses et d'importance variable, qui expliquent l'alcoolisme et surtout qui permettent de comprendre son entretien.

1) FACTEURS D'INTOXICATION

Cinq facteurs nous semblent essentiels pour la compréhension de nos alcooliques chroniques.

a) Le premier facteur est la cause originelle de l'intoxication. Nous avons vu qu'il est très difficile de la déceler et, lorsque l'on y parvient, il est souvent impossible d'agir sur elle ; de plus, cette cause peut avoir disparu depuis longtemps sans que le malade ait cessé de boire pour autant.

b) Le deuxième facteur est constitué par l'habitude. Nos sujets, en effet, boivent depuis très longtemps et leur longue habitude d'intempérance complique sérieusement la recherche de la cause primitive

de l'intoxication. De plus, cette habitude rend très difficile le traitement du sujet, surtout si l'alcoolisme n'a pas entraîné chez lui de malaises physiques graves.

c) Le troisième facteur, qui est considéré comme le plus important par de nombreux auteurs, est la structure névrotique que présente le sujet. Très souvent, en effet, l'alcoolisme réalise un mode de réaction névrotique devant quelque difficulté particulière. Pour de nombreux sujets, l'alcool résout, au moins provisoirement, des problèmes délicats et il est utilisé un peu comme une thérapeutique de compensation. C'est dire qu'il n'est pas sans danger de supprimer radicalement l'alcool de la vie d'un sujet sans avoir au préalable recherché ce qu'il compensait. Ce facteur explique bien les réactions de délinquance observées chez des sujets sevrés de force et pour lesquels l'alcoolisme représentait un mécanisme névrotique de compensation.

d) Le quatrième facteur, qui est peut-être le plus discuté par certains auteurs, est le contexte social. Pour nos sujets, ce facteur a le plus souvent joué un rôle d'entretien de l'intoxication et il est une cause de rechute. Par contexte social, nous entendons :

1° La nature du travail qu'effectue le sujet, les travaux pénibles prédisposant à la boisson.

2° Les conditions de logement : leur précarité tend à éloigner le sujet de la vie familiale.

3° L'entraînement qui résulte de la fréquentation de buveurs par des sujets de faible volonté.

4° La mauvaise atmosphère familiale que nous avons analysée précédemment.

e) Signalons enfin qu'un autre facteur nous a paru très important à considérer : l'état mental du sujet. En effet, ainsi que nous l'avons fait remarquer, on note très souvent chez l'alcoolique, soit une débilité mentale, soit une constitution asthénique ou maniaco-dépressive.

Chez tous nos sujets, ces cinq facteurs jouent un rôle plus ou moins déterminant, mais rarement négligeable, et si nous avons classé nos observations selon trois groupes de causes, il s'agissait seulement de causes principales et non de causes uniques, car nous avons toujours retrouvé en réalité une intrication des cinq causes énumérées plus haut.

2) PROBLEMES POSES PAR NOS MALADES

Cette intrication explique aussi que nos alcooliques chroniques présentent de nombreux points communs, mais qu'en fait chacun nous a

posé un problème individuel qui n'était jamais absolument le même que celui d'un autre malade et qui réclamait une solution particulière. Pourtant, chez nos malades, nous avons appliqué souvent un traitement standard — cure de désintoxication et cure de déconditionnement — ; mais nous en connaissions bien les limites et nous l'avons corrigé lorsque cela nous a paru nécessaire. C'est ainsi que tous nos sujets n'ont pas reçu de cure de dégoût et les entretiens psychothérapiques ont contribué à atténuer le caractère de standardisation de ce traitement en permettant d'aborder des problèmes strictement individuels. D'autre part, ce traitement, que nous avons utilisé quelquefois faute d'un traitement mieux adapté, présente pour nous l'inconvénient d'exiger une abstinence totale, tout au moins pendant la période où le Disulfiram est administré et nous avons vu combien il était difficile d'obtenir une abstinence stricte chez un sujet qui boit depuis des années ou des dizaines d'années. De plus, ce traitement présente un inconvénient majeur du point de vue psychologique : c'est son caractère privatif et répressif. Dans de nombreux cas, nos sujets bénéficieraient bien davantage de l'absorption d'un médicament qui ne provoquerait de malaises que lorsque le sujet absorberait plus de 30 cl de vin par jour, par exemple ; mais, dans l'état actuel de la pharmacopée, ce médicament n'est pas encore réalisable. Cette thérapeutique serait bien préférable au Disulfiram, car nos sujets sont très privés de ne plus pouvoir absorber de vin du tout et s'ils veulent se permettre une faible consommation alcoolique ils abandonnent le Disulfiram et leur consommation devient rapidement excessive et entraîne de nouveaux troubles graves du comportement.

Certains sujets de notre service pourraient bénéficier d'un régime de semi-liberté et la loi du 15 avril 1954, lorsqu'elle pourra être appliquée, permettra une certaine réalisation de cette mesure. Cette loi prévoit, en effet, que tout alcoolique présumé dangereux sera signalé à l'autorité sanitaire par les autorités judiciaires ou administratives. L'autorité sanitaire, après enquête complémentaire et examen médical complet, essayera de l'amener à s'amender en le plaçant sous la surveillance des dispensaires d'hygiène sociale. Si cette mesure s'avère inefficace ou si l'alcoolique ne paraît pas pouvoir être laissé en liberté, le tribunal peut ordonner le placement de l'alcoolique dans un centre de rééducation pour alcooliques. Ce placement est ordonné pour six mois et peut être prolongé jusqu'à ce que la guérison paraisse obtenue. Lorsque le malade quitte l'établissement de cure, il demeure pendant un an sous la surveillance d'un dispensaire d'hygiène mentale. Cette disposition législative constitue une solution satisfaisante pour nos sujets classés dans le groupe I, alors que l'internement en hôpital

psychiatrique semble être la meilleure solution possible pour les malades du groupe III.

Nous avons vu que, chez nos malades, il y a toujours intrication de quatre ou cinq causes majeures d'intoxication qui agissent selon des intensités essentiellement variables d'un sujet à l'autre et posent pour chacun des problèmes individuels ; c'est cette variabilité d'intensité respective des causes qui explique les résultats très différents du traitement pour les sujets des divers groupes et même pour les sujets d'un même groupe.

De nombreux auteurs insistent sur l'importance de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme chronique. Pour notre part, cette thérapeutique a été le plus souvent réduite à des entretiens psychothérapiques pour des raisons d'ordre pratique. Ces entretiens nous ont donné quelques résultats concrets pour des sujets du groupe II, mais ils nous ont surtout rendu service pour la compréhension du cas de chaque sujet ; leur rôle nous a paru très utile dans un but de recherche, alors que leur efficacité thérapeutique a été souvent assez réduite. Nous pensons que les résultats de cette méthode, en tant que traitement, sont limités en raison de l'intrication des nombreuses causes d'intoxication chez nos alcooliques.

Un autre aspect mérite d'être souligné dans ce travail : c'est la fréquence du « cercle vicieux familial », que nous avons longuement analysé. La haine que la femme et les enfants éprouvent à l'égard du chef de famille, le souvenir qu'ils gardent de l'alcoolique bourreau familial, faussent très souvent à la base toute tentative de réadaptation familiale efficace. A plusieurs reprises, nous avons même dû conseiller au sujet de vivre, après sa sortie de l'hôpital, en dehors de sa famille.

Ce travail met aussi en relief un aspect rarement signalé de l'état mental de l'alcoolique. Parmi nos 25 sujets, en effet, 10 présentent une constitution maniaco-dépressive. Cette proportion importante s'explique en partie par le recrutement de notre clientèle, puisqu'il s'agit de malades internés d'office dans un service psychiatrique fermé, pour troubles graves du comportement.

3) ATTITUDE DU MEDECIN

Nous voudrions maintenant tenter de définir quelle doit être l'attitude du médecin en face des malades des trois groupes que nous avons envisagés.

Pour les sujets du groupe I, il semble bien qu'il y ait intérêt à recourir à ce que DUBLINEAU appelle le principe d'autorité. Les malades, en raison même de leur débilité mentale, sont suggestibles et

accessibles à l'intimidation, et le caractère répressif de l'internement peut les aider quelquefois à restreindre leur consommation alcoolique à leur sortie de l'hôpital.

Les sujets du groupe II peuvent bénéficier de l'attitude de compréhension du personnel médical. C'est pour ces sujets que l'on peut obtenir des résultats parfois satisfaisants des entretiens psychothérapeutiques.

Pour les malades du groupe III, l'existence de troubles psychotiques plus ou moins accentués, exige le traitement de ces troubles ; mais, à leur sortie, la meilleure prévention de leurs accès de dépression ou d'excitation, et donc de leur intoxication alcoolique, semble résider dans la fréquence de leurs consultations, soit à l'hôpital, soit aux dispensaires d'hygiène mentale.

II. — CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

D'un point de vue pratique, il faut bien souligner qu'il nous a été rarement possible de résoudre complètement les problèmes posés par nos malades. Cependant, il convient de ne pas afficher un pessimisme exagéré, car nos sujets, pour la plupart, ont déjà été désintoxiqués plusieurs fois sans succès, et l'hôpital psychiatrique constitue pour eux la dernière étape d'un long cycle de boisons, de soins et d'hospitalisations. La majorité de nos malades représente un sédiment et si nous avions appliqué la conception de OULES, deux ou trois d'entre eux seulement auraient été déconditionnés. Ces conditions défavorables de notre recrutement sont responsables, au moins en partie, de notre bas pourcentage de guérisons, qui est bien loin d'atteindre les 30 % généralement admis par la plupart des auteurs. En réalité, nous avons bien cherché certes à désintoxiquer nos malades, mais nous nous sommes surtout attachés à faciliter leur réinsertion sociale et à éviter la réapparition des troubles du comportement.

Notre expérience nous a montré que l'on avait la possibilité d'obtenir un résultat positif lorsque quatre ou cinq conditions pouvaient être réalisées.

CONDITIONS DE REUSSITE

1° Il faut pouvoir compter sur l'aide intelligente de l'entourage familial du malade pour faciliter sa réadaptation. Le malade a besoin de calme et les préoccupations familiales peuvent entraîner chez lui un état dépressif ou anxieux précurseur d'une rechute. Parmi cet

entourage, la femme du malade est particulièrement qualifiée pour aider son mari à une bonne réadaptation familiale. CŒURDACIER, DUBLINEAU et FOUQUET ont bien insisté sur le rôle du comportement de l'épouse au cours du traitement anti-alcoolique et ce rôle est aussi important dans la période de réadaptation. Selon BOITELLE et Mme BOITELLE, le célibat explique un bon nombre de rechutes. Mais il est évident que la femme doit se montrer ferme, mais compréhensive, à l'égard de son mari, et qu'elle ne doit pas se servir du Disulfiram comme d'un moyen de pression. Il est très utile de préparer la femme à son rôle par des entretiens psychothérapiques. L'aide familiale fut particulièrement efficace pour le sujet de l'*observation n° 25*.

2° Les conditions de travail doivent être satisfaisantes pour le malade à sa sortie de l'hôpital. Le sujet ne doit pas avoir à fournir d'efforts physiques trop intenses ; la poussière et la chaleur qui altèrent doivent être évitées et le malade ne doit pas être en butte à l'hostilité de ses camarades de travail à cause de sa tempérance. L'échec enregistré dans l'*observation n° 9* est dû, en partie au moins, à des conditions de travail très pénibles.

3° Le malade, à sa sortie du service, doit être convaincu de la nécessité de revenir périodiquement consulter, même s'il se porte bien. Sur tous nos sujets sortis, il n'y en a guère que deux (*obs. n°s 21 et 25*) qui témoignent d'une grande fidélité à revenir consulter.

4° Il faut pouvoir faire visiter le sujet après sa sortie par une assistante sociale et ces visites doivent être fréquentes. Ce rôle de l'assistante sociale — sur lequel insiste si justement CHARLIN — est particulièrement efficace pour nos malades du groupe III, qui présentent des troubles périodiques et ont besoin d'une surveillance fréquente. Ce rôle est important aussi pour les autres sujets, car l'assistante sociale, par sa connaissance des formalités administratives et ses conseils, évite souvent au sujet des sources de contrariété et des déplacements également préjudiciables à ses bonnes résolutions. De plus, si l'on a commencé une série d'entretiens psychothérapiques avec le malade à l'hôpital, l'assistante sociale est toute désignée pour les poursuivre.

5° Il est recommandé au sujet de fréquenter un groupe organisé d'anciens buveurs, mais cette fréquentation a été rarement possible pour nos sujets qui habitent presque tous à la campagne. De plus, certaines personnes n'aiment pas retrouver d'anciens malades qui leur rappellent leur hospitalisation et leur déchéance. De toutes façons, le rôle de ces groupements n'est pas considérable, mais il a néanmoins rendu service au sujet de l'*observation n° 25*.

Lorsque ces quatre ou cinq conditions sont réalisées, il est très probable que le sujet ne rechutera pas. Malheureusement si une seule des quatre conditions vient à faire défaut, la rechute est de règle. Le sujet a besoin de tous ces appuis et si un seul lui manque, les autres ne peuvent pas l'empêcher de recommencer à boire.

Signalons enfin que la rechute, si elle doit se produire, survient généralement dans les six mois qui suivent la sortie du malade, mais ainsi que le soulignait DUCHÊNE au dernier colloque du « Groupement Médical d'Etudes sur l'Alcoolisme » (Paris, 4 juin 1956), « le pronostic en matière d'alcoolisme est très déconcertant et l'on peut aussi bien observer une abstinence durable chez un sujet considéré comme incurable, qu'une rechute après une abstinence totale de quatre ans ».

CONCLUSIONS

Nous étudions dans ce travail 25 alcooliques chroniques internés en hôpital psychiatrique à la suite de troubles graves du comportement. La plupart d'entre eux avaient déjà été traités à plusieurs reprises sans succès durable. Nous avons tenté de retrouver les causes de leur intoxication et d'en tirer une conclusion thérapeutique.

Nous avons classé nos malades en trois groupes selon la cause principale de l'intoxication : débilité mentale, « malévolution de la personnalité », constitution maniaco-dépressive. En réalité, l'intoxication semble toujours être sous la dépendance d'une intrication des cinq causes : cause originelle, habitude, structure névrotique, contexte social, constitution psychique. L'intrication de ces cinq causes est très variable selon les sujets.

Il semble bien que le traitement de l'alcoolisme chronique ne puisse pas recevoir de solution univoque. Seule l'étude approfondie de l'intoxication de chaque sujet permet de mettre en évidence les problèmes particuliers posés par ce malade et de tenter de les résoudre.

Nous avons isolé cinq conditions de réussite : bon entourage familial, conditions de travail satisfaisantes, consultations fréquentes, visites à domicile de l'assistante sociale, fréquentations d'un groupe de buveurs guéris. Si les quatre premières de ces conditions sont réalisées, on peut espérer que le traitement aura un effet durable.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
HEUYER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris .
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BOITELLE (G.), BOITELLE-LENTULO (Mme Cl.), SINGER (L.) et DANY. — Résultats de deux ans de traitement anti-alcoolique en service libre de l'hôpital psychiatrique de Lorquin. (*A.M.P.*, 1952, tome I, pp. 348-352.)
- BOITELLE et BOITELLE-LENTULO (Mme). — Confusion mentale apparue chez des éthyliques après prise de T.T.D. (*A.M.P.*, 1953, tome II, p. 393.)
- CHARLIN (A.). — Traitement de l'alcoolisme chronique. (*Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française*, LII^e session, Liège, 19-26 juillet 1954, Rapports.)
- Colloque sur le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie, organisé par le « Groupement Médical d'Etudes sur l'Alcoolisme », avec la participation de MM. HEUYER (Président), CŒURDACIER, DUCHÊNE, FOUQUET, LECOMTE, LEREBOULLET, MARTIN et PAUMELLE (Paris, 4 juin 1956).
- DUBLINEAU (J.). — Répercussions familiales de l'alcoolisme. (*Journées d'Etudes sur l'Alcoolisme*, Paris, mai 1954.)
- DUBLINEAU (J.), HONORÉ (B.) et SÉGUR (Mlle G.). — Sur quelques problèmes posés par le traitement des buveurs difficiles. (*Revue de l'Alcoolisme*, 1955, tome III, n° 10, pp. 240-250.)
- DUCHÊNE (H.). — Le problème du traitement de l'alcoolisme. (*Journées d'Etudes sur l'Alcoolisme*, Paris, mai 1954.)
- FOUQUET (P.). — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme (et discussions). (*Evolution Psychiatrique*, 1951, pp. 231-262.)
- FOUQUET (P.) et CLAVREUIL (J.). — Une thérapeutique de l'alcoolisme. (Presse Universitaires de France, Paris, 1956.)
- KAMMERER (Th.). — Névrose et alcoolisme. (*Strasbourg Médical*, 1955, VI, 8, pp. 486-490.)
- OULES (J.) et SAUSSET (D.). — Accidents tardifs au cours de cures par le T.T.D. (*A.M.P.*, 1952, tome II, p. 568.)
- OULES (J.) et ALLAIX (Mme D.). — Place de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme par le T.T.D. (*A.M.P.*, 1951, tome I, p. 76.)

- PERRIN (P.) et MONDRAGON (C. DE). — La place de la cure de Disulfiram dans le traitement de l'alcoolomanie. (*Revue de l'Alcoolisme*, III, n^{os} 1 et 2.)
- RAPAPORT (Y.). — Intoxication alcoolique et psychopathologie collective. (*Journées d'Etudes sur l'Alcoolisme*, Paris, mai 1954.)
- REQUET (A.) et PERRIN (J.). — La fin de l'alcool. (*Revue de l'Alcoolisme*, 1955, tome III, 10, pp. 233-239.)
- REQUET (A.). — Aspect actuel de la cure d'alcoolisme psychiatrique masculin dans la région lyonnaise. (*A.M.P.*, 1953, tome II, n^o 4, p. 599.)
- SIVADON (P.). — Mécanismes et prodromes de la toxicomanie alcoolique. (*L'Artois Médical*, 1955, VIII, 4, pp. 5-9.)
- SOLMS. — Causes of alcoholism. (*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1955, XVI, 2, p. 345.)
- WACKENHEIM (A.). — Les cures de désintoxication alcoolique. (*Strasbourg Médical*, 1955, VI, n^o 8, pp. 493-497.)
-

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)

